



Hebammenarbeit bei Fehlgeburt

Andrea Pollheimer

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Hebamme HF

Riehen, 2010

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Veränderungen in der Frühschwangerschaft.....	5
3. Theorie und Praxis der Fehlgeburt	7
3.1. Definition Fehlgeburt (Abort).....	7
3.2. Beratungsgrundlagen für die Arbeit mit Frauen mit einer Fehlgeburt	9
3.3. Arbeitshilfe für die Hebammenbegleitung bei Fehlgeburt.....	14
4. Erleben und Verarbeiten einer Fehlgeburt	20
4.1. Verlust.....	20
4.2. Trauer.....	21
4.3. Verarbeitungsmuster	25
4.4. Salutogenese	26
5. Hebammendiagnosen und Pflegeschwerpunkte	29
5.1. Betreuung von Frauen mit einer Fehlgeburt.....	29
5.2. Unwirksames Verleugnen.....	29
5.3. Machtlosigkeit und Kontrollverlust	29
5.4. Wissensdefizit	30
5.5. Körperbildstörung	31
6. Bedeutung von Sprache und Kommunikation	32
7. Schlussfolgerungen.....	34
8. Literaturverzeichnis	36
9. Websites zum Thema Fehlgeburt.....	39
10. Anhang.....	40
10.1. Rituale des Abschieds im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt.....	40
10.2. Die Frage nach der Schuld und der Sinnhaftigkeit.....	40
10.3. Praktische Hinweise rund um die Fehlgeburt.....	42

1. Einleitung

Schätzungen zufolge enden 10-15% aller klinisch nachgewiesenen Schwangerschaften in einem Spontanabort. Die tatsächliche Rate der Fehlgeburten ist jedoch wesentlich höher, da die ganz frühen Aborte, die noch vor oder zum Zeitpunkt der Menstruation stattfinden, nicht erfasst werden (Trautmann et al 2004). Daraus ergibt sich die logische Konsequenz, dass Hebammen in ihrer Arbeit immer wieder mit betroffenen Frauen konfrontiert sind.

Als ich dann mein Praktikum an der Frauenpoliklinik einer grossen Universitätsklinik machte, war ich immer wieder mit Frauen konfrontiert, die sich wegen einer Fehlgeburt in medizinische Behandlung begaben oder bei denen eine sogenannte «missed Abortion» bei einer Routinekontrolle diagnostiziert wurde. Starr vor Schock oder völlig fassungslos sassen die Frauen vor mir. Ich wusste zwar vielleicht theoretisch in etwa, was in solchen Momenten des Verlustes wichtig wäre, fand jedoch kaum Zeit, neben den vorgegebenen Routinehandlungen dem Anderen Raum zu geben. So wurden die Frauen rasch einer hochstehenden medizinischen Behandlung, sprich einer Curettage zugeführt und verschwanden aus meinem Arbeitsfeld. Natürlich war es möglich, dass eine Frau einen Termin in der sozialmedizinischen Sprechstunde bekam, wenn sie nach der Curettage psychische Probleme hatte. Die Notwendigkeit medizinisch-chirurgischen Massnahmen ist damit jedoch nicht in Frage gestellt. Allerdings erfuhr ich in Gesprächen mit Pflegenden und Hebammen der Poliklinik, dass auch für sie diese Situation dennoch sehr unbefriedigend ist und sie nach erweiterten Behandlungsansätzen bei Fehlgeburt suchen.

Durch meine Recherchen und Gespräche mit Hebammen und nach einer spezifische Weiterbildung zum Thema Fehlgeburtsbegleitung, verdichtete sich für mich die Gewissheit, dass es noch erweiterte oder andere Wege der Begleitung geben könnte, immer mehr.

Meine Ausgangsfrage:

- **Die Begleitung der spontanen Fehlgeburt – eine Hebammenaufgabe?!**
- **Wie können Hebammen von Fehlgeburt betroffene Frauen effektiv beraten und betreuen?**

fand eine Antwort.

In der nachfolgenden Arbeit werden verschiedene Aspekte der Fehlgeburt beleuchtet und der Fokus konzentriert sich auf die Ausleuchtung der Frage der Begleitung einer spontanen Fehlgeburt durch die Hebamme unter folgenden Aspekten:

- Physiologischen Veränderungen des Körpers in der Frühschwangerschaft und die begleitenden Veränderungen der Emotionen und Psyche der Schwangeren
- Theoretische Grundlagen der Fehlgeburt: Arten, Ursachen, Diagnosen
- Behandlungsmöglichkeiten operatives Management sowie abwartendes Management mit spontaner Fehlgeburt
- praktische Begleitung der Fehlgeburt bei abwartendem Vorgehen
- Hebammenarbeit bei Fehlgeburt im Allgemeinen
- Erleben und Verarbeiten einer Fehlgeburt
- Salutogenetische Arbeit bei Fehlgeburt
- praktische Hinweise für Hebammen rund um die Fehlgeburt

Die nachfolgenden Themen und Fragen, welche im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt von Bedeutung sind, wurden im Sinne einer Schwerpunktsetzung nicht behandelt:

- die Rolle des Partners bei einer Fehlgeburt und seine Befindlichkeit
- Fehlgeburt nach assistierter Elternschaft (Reproduktionsmedizin)

- Induzierter Abort
- Sexualität nach einer Fehlgeburt
- Folgeschwangerschaft nach einer Fehlgeburt

Jede Fehlgeburt verläuft individuell: In dieser Arbeit sind mögliche Facetten der Hebammenbegleitung bei Fehlgeburt skizziert ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Im Kapitel über das Erleben der Fehlgeburt ist ein Gedicht von Hilde Domin, die selber von einem frühen Schwangerschaftsverlust betroffen war, eingefügt.

2. Veränderungen in der Frühschwangerschaft

Um Frauen und Paare, die von einer Fehlgeburt in der frühen Schwangerschaft betroffen sind, zu begleiten, ist es wichtig, dass die Hebamme um die seelischen, geistigen und körperlichen Prozesse in der Frühschwangerschaft weiss.

Die Frühschwangerschaft ist eine Zeit der grossen seelischen und körperlichen Veränderungen bei der Frau. Wimmer-Puchinger (1992) beschreibt die Einstellung der Frau auf die Schwangerschaft und Mutterschaft als einen kontinuierlichen Prozess in dem Phasen mit Belastungsmomenten von Phasen der Beglückung und Erleichterung abgelöst werden. Es ist kein statisches entweder-oder. Die einzelnen Phasen der körperlichen Veränderungen und Empfindungen erfordern von der Frau unterschiedliche psychische Anpassungsleistungen.

Gefühle der Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft und Stimmungsschwankungen treten bei vielen Frauen im I. Trimenon auf. Die Ursachen dafür werden kontrovers diskutiert. Sie können als physiologische Zeichen der Anpassung an die neue Situation betrachtet werden. Frauen empfinden in diesem Moment einerseits Gefühle der Freude über die Schwangerschaft und aber auch grosse Unsicherheit, ob sie sich dieser Aufgabe gewachsen sehen. Dieser Widerstreit der Gefühle kann eine Frau sehr verunsichern und die Ambivalenz wird durch weitere innere und äussere Faktoren beeinflusst (Höfer 2007).

Rohman (2007) beschreibt die Schwangerschaft als klassische Entwicklungskrise oder Lebenskrise im Leben einer Frau. Lebenskrisen sind Ereignisse und einschneidende Veränderungen im Leben, die eine betroffene Person zu einer Neuorientierung anregen und Impulse für die weitere Reifung der eigenen Persönlichkeit geben können. Bei der Bewältigung der Lebenskrise «Schwangerschaft» ist ein dreiphasiger Prozess erkennbar. Die Ausprägung dieser Phasen ist jedoch sehr individuell und wird durch die Lebensumstände und vorhandenen Ressourcen der Frau beeinflusst:

- I. Trimenon:** die Phase der Auseinandersetzung
- II. Trimenon:** die Phase des Wohlbefindens
- III. Trimenon:** die Phase der Belastung

Für die vorliegende Arbeit ist die Phase der Auseinandersetzung relevant und soll darum näher betrachtet werden.

Sie beginnt bereits vor der Schwangerschaft mit den Überlegungen zum Thema Kinder. Vermutet die Frau, schwanger zu sein, oder ist sich dessen sicher, kommt es zur intensiven Auseinandersetzung und einer reichen Palette an Gefühlen. Durch das Schwangersein wird das Lebensgefüge der Frau beträchtlich erschüttert, und sie erbringt eine grosse emotionelle und psychische Anstrengung, um die Schwangerschaft in ihr Lebensgefüge einzuordnen. Diese Vorgänge passieren unabhängig davon, ob die Schwangerschaft erwünscht oder unerwünscht ist. Die Frau stellt sich viele Fragen in Bezug auf ihre familiäre, gesellschaftliche, berufliche, ökonomische und persönliche Zukunft. Die Frau überprüft alle vorher gemachten Gedankenspiele und Vorüberlegungen und muss sie nun der real gewordenen neuen Lebenssituation anpassen.

Die Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft, die sich auch in negativen Gefühlen artikuliert, ist für viele Frauen in der Schwangerschaft Realität. Durch gesellschaftliche und persönliche Erwartungshaltungen der vorbehaltlosen Freude und des Glücks über die Schwangerschaft geraten die Frauen unter Druck. Sie sind nicht darauf vorbereitet, dass sich Gefühle wie Angst, Mutlosigkeit, Müdigkeit und Überfordertsein bemerkbar machen. Diese starke emotionale Bewegtheit und das intensive Suchen nach Lösungen und Antworten sind typische Zeichen einer

Lebenskrise und können Stress auslösen. Dieser lässt sich an verschiedenen Symptomen erkennen:

- Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen
- Kopfschmerzen, Verspannungen
- Schlafstörungen
- Kreislauf labilität
- und andere

In der Schwangerschaft werden in der Regel die Symptome «bevorzugt», die durch die hormonelle Beeinflussung des vegetativen Nervensystems sowieso leicht ausgelöst werden können. Es sind die klassischen Beschwerden der Frühschwangerschaft wie Übelkeit, Erbrechen, Kreislaufprobleme und Schlafstörungen.

In der Schwangerschaft findet auch eine Vorbereitung auf die zukünftige Rolle als Mutter statt. Der Prozess der Mutterwerdung ist ein einschneidendes Ereignis in der Biographie einer Frau. Im I. Trimenon sind die körperlichen Veränderungen für die Frau sehr gross. Der Körper vollbringt grosse Anpassungsvorgänge an die neue Situation. Durch komplexe Steuerungs- und Rückkoppelungssysteme der hormonellen Organe wird der Verlauf der Schwangerschaft bestimmt. Von der Norm abweichende Blutwerte für Hormone, Eiweiss, Mineralien und Zucker sind die physiologischen Folgen (Höfer 2007).

Der Uterus erfährt durch die Schwangerschaft verschiedene Veränderungen: Die Grösse, welche vor der Schwangerschaft mit einer Birne vergleichbar ist, verändert sich in das Format einer Melone am Ende der Schwangerschaft. Daran angekoppelt ist auch eine Zunahme des Uterusgewichts. In den ersten drei Schwangerschaftsmonaten findet durch placentare Steroidhormone bedingt eine Zunahme der Muskelmasse statt. Die Durchblutung des Uterus steigt während der Schwangerschaft an und die normale symmetrische Uterusform wird in der Frühschwangerschaft verändert. An der Einnistungsstelle des Keims kommt es zu einer Ausladung der Uteruswand. Je mehr das Kind dann wächst und das Uteruscavuum ausfüllt und der Uterus dilatiert, desto mehr verstreicht dann die Ausladung. Die Schleimhaut der Zervix uteri wird in der Schwangerschaft verstärkt durchblutet und tritt häufig auf die Portiooberfläche über. Dieses Ektopium kann bei Berührungen leicht zu bluten beginnen. Die Vagina verändert durch die verstärkte Durchblutung ihr Aussehen. Die Vaginalschleimhaut wird weich, samtig und leicht geschwollen und ist livide verfärbt. Dies ist eines der frühesten Schwangerschaftszeichen. Der Damm, die grossen Labien und die Analregion verfärben sich durch eine erhöhte Pigmentierung ebenfalls dunkel (Rohmann 2007).

Die frühe Schwangerschaft wird bei vielen Frauen durch Übelkeit und Erbrechen begleitet. Die Ursache liegt in der Entspannung der Magenmuskulatur. Die Emesis gravidarum tritt bei 50% aller Schwangerschaften auf und bei etwa der Hälfte der betroffenen Frauen steht das Gefühl von Übelkeit im Vordergrund. Spätestens nach der 16. SSW sollte sie verschwinden (Luyben und Stiefel 2007). Alle inneren Organe und deren Kreisläufe und der Stoffwechsel sind von Veränderungen und erhöhten Leistungen betroffen. Speziell zu erwähnen sind die Brüste, welche bereits ab der 6. SSW durch Einfluss von Hormonen und der erhöhten Durchblutung durch vergrösserte Fülle und Schwere und gesteigerte Empfindlichkeit die Schwangerschaft bemerkbar machen (Höfer 2007).

Frauen die eine Fehlgeburt haben, berichten oft, dass plötzlich das Brustspannen weg war und sich ihr Körper anders anfühlte. Auch die Gefühle von Übelkeit und das Erbrechen bleiben plötzlich aus.

3. Theorie und Praxis der Fehlgeburt

3.1. Definition Fehlgeburt (Abort)

Eine vorzeitige spontane Beendigung der Schwangerschaft im ersten oder zweiten Trimenon, bei der der Embryo oder Fetus intrauterin abstirbt, wird als Fehlgeburt oder Abort bezeichnet. Sein Gewicht beträgt weniger als 500 g. Bei der Geburt sind keine Lebenszeichen wie Herzschlag, Nabelschnurpulsation oder Atembewegung zu erkennen. Bei Fehlgeburten im zweiten Trimenon kann das Kind, wenn es nicht bereits intrauterin verstorben ist, Lebenszeichen bei der Geburt zeigen und in den ersten Stunden nach der Geburt sterben.

Die Definitionen für Frühaborte und Spätaborte werden in der Fachliteratur verschieden beschrieben:

- Frühaborte bis zur 12.-14. SSW, Spätaborte nach der 14. SSW (Marzusch und Pildner von Steinburg 2007a)
- Frühabort bis 16. SSW, Spätabort nach 16. SSW (Goerke und Bazlen 2002)
- Frühabort bis zur 16. SSW, Spätabort ab der 16. SSW bis zur 22.-24 SSW (Mändle 2007)

Der in der medizinischen Fachsprache verwendete Ausdruck «Abort» soll in dieser Arbeit bewusst vermieden werden, da er für betroffene Frauen/Paare verletzend sein kann.

Die verschiedenen Arten der Fehlgeburt

Abortus imminens (bevorstehend)	Symptome: leichte Blutung oder Wehen, Muttermund geschlossen, Embryo lebt
Abortus incipiens (beginnend)	Symptome: stärkere Blutung und Wehen, Muttermund öffnet sich, Schwangerschaft irreversibel gestört, Vitalität des Embryos nicht nachweisbar
Abortus completus (vollständig)	Symptome: keine Blutung, ev. etwas blutiger Fluor, keine Wehen, Muttermund meistens bereits wieder geschlossen
Abortus incompletus (unvollständig)	Symptome: (starke) Blutung und/oder Wehen, Muttermund offen oder bereits wieder geschlossen, Uterus ist nicht vollständig geleert, keine Vitalzeichen des Embryos
Missed Abortion (verhaltener Abort)	Symptome: keine Blutung, keine Wehen, Muttermund geschlossen, kein Wachstum des Uterus oder Uterusgröße kleiner als der rechnerisch entsprechenden Schwangerschaftswoche, keine Vitalzeichen des Embryos
Habituellem Abort	2 Aborte hintereinander
Der Abortus febrilis (fiebriger Abort)	wird typischerweise von Fieber, ansteigenden Infektparametern (CRP) und eitrigem Fluor begleitet und es wird eine Gebärmutterinfektion diagnostiziert. Zu einem Abortus febrilis kommt es in den allermeisten Fällen durch unprofessionelle Versuche einer Interruptio
Septischer Abort	Tritt auf, wenn der febrile Abort unzureichend oder nicht behandelt wird und infektiöses Material in die maternalen Blutbahnen gelangt. Symptome sind: Kreislaufprobleme, Unruhe, Bewusstseinsstörungen bis hin zum Endotoxinschock. Therapie bei beiden Abortformen: Curettage und Antibiose i.v. sowie Behandlung des (drohenden) Schocks und von Gerinnungsstörungen (Goerke und Bazlen 2003).

Eine Blutung in der Frühschwangerschaft kann auch eine Nidationsblutung sein (Kirchner 2007).



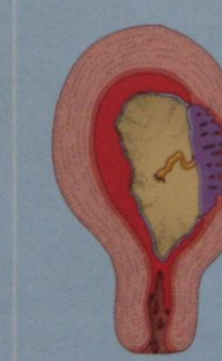
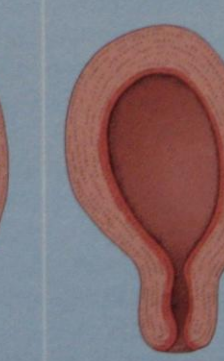
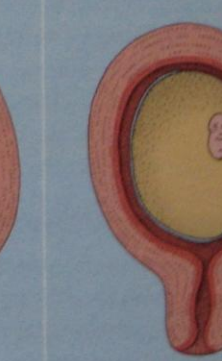
Abortus imminens (drohende Fehlgeburt)	Abortus incipiens (beginnende, unabwendbare Fehlgeburt)	Abortus incompletus (unvollständige Fehlgeburt)	Abortus completus (vollständige Fehlgeburt)	Missed abortion (verhaltene Fehlgeburt, nicht ausgestoßene Fehlgeburt)
Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte Blutung oder Wehen • Muttermund ist geschlossen • Embryo lebt 	Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Blutungen und Wehen • Muttermund öffnet sich • Schwangerschaft irreversibel gestört 	Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • (Starke) Blutung und/oder Wehen • Muttermund ist offen oder wieder geschlossen • Uterus ist nicht völlig entleert 	Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Keine Blutung, evtl. etwas blutiger Fluor • Keine Wehen • Muttermund ist meist wieder geschlossen 	Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Keine Blutung, keine Wehen • Muttermund ist geschlossen • Kein Wachstum des Uterus • Embryo abgestorben
Befund 	Befund 	Befund 	Befund 	Befund 

Abb. 1: Frühabortstadien und evtl. vorhandene Symptome aus Goerke K und Bazlen U (2002) Gynäkologie und Geburtshilfe

Ursachen von Fehlgeburten

Die Ursachen von Fehlgeburten sind vielfältig und können trotz Diagnostik selten bestimmt werden. Trautmann et al (2004) beschreiben verschiedene Faktoren, die als Ursache für eine Fehlgeburt möglich sind:

- soziodemographische Faktoren (Alter der Frau)
- Genetische Faktoren
- Uterin-anatomische Faktoren (Zervixinsuffizienz, Uterusmyome und Fehlbildungen des Uterus)
- Endokrine Faktoren (Lutealphasendefekt, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Diabetesmellitus u.a.)
- Infektionen (Mykoplasmen, Toxoplasmose, Zytomegalie, Listerien, Chlamydien und bakterielle Vaginosen)
- Immunologische Faktoren
- Störung der Blutgerinnung
- Väterliche Faktoren (Oligoasthenozoospermie)
- Umweltfaktoren (Sucht- und Genussmittel, Chemikalien, ionisierende Strahlung, Ernährungsfaktoren)
- Psychosoziale Faktoren (Familienstand, berufliche Belastung, Partnerschaft, psychische Belastungen wie Ängste und Stress)

Rockel-Loenhoff (2003) beantwortet die Frage nach den Ursachen so:

«Der Körper hat den Embryo sozusagen einem internen Qualitätstest unterzogen. Wenn der Embryo diesen nicht besteht, trennt sich der Körper wieder von ihm».

Zu den psychosozialen Ursachen von Fehlgeburten schreibt Rauchfuss (2000), dass es bei einer ganzheitlichen Betrachtungsweise nicht um Schuldzuweisungen geht, sondern mehr um die Frage, warum im Kontext der biographischen Entwicklung der prospektiven Eltern und ihrer ak-

tuellen Lebenssituation die Zeit für die Ankunft eines Kindes (noch) nicht gegeben war. Diese Sichtweise eröffnet den Betroffenen auch die Chance, selbst aktiv Einfluss auf ihre Situation zu nehmen.

3.2. Beratungsgrundlagen für die Arbeit mit Frauen mit einer Fehlgeburt

Grundlagen für die Entscheidungsfindung

Bei der Beratung der Frau sind drei Dinge wichtige Voraussetzungen:

1) Patientinnenautonomie

Darunter versteht man die Befugnis, selbst über den eigenen Körper und die eigene Gesundheit zu entscheiden. Dazu gehört die «Einwilligung», durch die die Patientin der Hebamme oder der Ärztin oder einer anderen Person einen Eingriff in ihre körperliche Unversehrtheit gestattet, und auch das Recht eine Massnahme oder Therapie abzulehnen.

Bedingung für die Patientenautonomie ist, dass die Patientin informiert ist (informed consent, informed decision).

2) Informed consent

Zustimmung und Einwilligung einer ausreichend aufgeklärten Patientin in Bezug auf eine medizinische Untersuchung, Behandlung und Betreuung. Diese setzt neben Urteilsfähigkeit und Freiwilligkeit, die Aufklärung über die Diagnose, die Prognose sowie die Behandlungsoptionen, die empfohlene Behandlung und deren Chancen und Risiken voraus und schliesst das Bemühen um ein ausreichendes Verstehen der Patientin mit ein. Der Patientin muss genügend Zeit für die Entscheidungsfindung eingeräumt werden, und sie ist über die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Zustimmung zu informieren.

Das Recht der Patientin, über ihre gesundheitliche Versorgung Entscheidungen zu treffen, ist einer der zentralen Begriffe der heutigen ärztliche Ethik und ist weltweit in gesetzlichen und ethischen Richtlinien verankert.

Ärzte und Hebammen müssen der Patientin alle Informationen zur Verfügung stellen, die diese für ihre Entscheidungsfindung braucht. Dazu gehört die Erläuterung komplexer medizinischer Diagnosen, Prognosen und Behandlungsschemata, um sicherzustellen, dass die Patientin die Behandlungsoptionen mit all ihren Vorteilen und Nachteilen versteht.

3) Informed Choice

In einem zunehmend komplexen Gesundheitssystem soll die Patientin die klinischen Empfehlungen nicht mehr nur verstehen («informed consent»), sondern eine adäquate Wahl zu einer angemessenen Lösung erhalten («informed choice»). Zu richtigen Wahl braucht sie Unterstützung. Die Patientin behält die Wahl; sie entscheidet. Die Hebamme oder Ärztin fördert die Selbsthilfe und zeigt Möglichkeiten auf. Hebamme, Ärztin und Patientin orientieren sich an Behandlungsqualität, Rechenschaft und an Guidelines.

Der Einbezug der Patientin in die Entscheidungsfindung erhöht die Legitimität, Akzeptanz und die soziale Verträglichkeit medizinischer Massnahmen. Durch dieses «Patientenempowerment» werden Patientinnen nicht nur zu Ko-Produzentinnen ihrer Gesundheit, sondern zu erfahrenen Expertinnen (forum managed care 2010).

Rauchfuss (2004) schreibt, dass es hilfreich sein kann, die Frau auf ihre Vorstellungen, Fantasien und Befürchtungen im Zusammenhang mit dem Fehlgeburtsgeschehen anzusprechen. So kann ein Dialog entstehen, indem die Frau ihre Befürchtungen und Vorstellungen mit den angebotenen Informationen vergleicht. Dadurch dass sie in ihren Gedanken und Gefühlen sich angenommen fühlt, kann sie Ängste abbauen und ihre Trauer zulassen und das Ereignis verarbeiten.

Eine vorangehende sorgfältige Anamnese und anschließende Risikoseinschätzung durch die Hebamme ist Voraussetzung, um die Frau in ihrem Entscheidungsprozess und bei einer Fehlgeburtsgleitung in ihrem häuslichen Umfeld angemessen begleiten zu können. Angelehnt an die Bedingungen für eine Hausgeburt (Struthmann 2007) sollten folgende Bedingungen erfüllt sein:

- gesunde Frau in gutem Allgemeinzustand
- stabile Vitalzeichen und Blutverlust in der Norm (max. 500 ml)
- Motivation der Frau, sich auf die Realität ihrer spontanen Fehlgeburt einzulassen
- rascher Zugang zu einer Klinik
- Schmerzmedikation und Spasmolytica i.R.
- Material für die Vitalzeichenkontrolle
- ev. Material für Venenzugang und Volumensubstitution i.R.

Entscheidungshilfen abwartendes Vorgehen/spontane Fehlgeburt versus Abortcurettage

	Vorteile:	Nachteile
Abwartendes Vorgehen spontane Fehlgeburt	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmung der Frau • Erhaltung der körperlichen Integrität • keine Verletzungen am Uterus • geringes Risiko einer Infektion • gute Chancen, einen physiologischen Trauerprozess zu durchlaufen • tiefere Kosten 	<ul style="list-style-type: none"> • geringes Risiko, doch noch eine Curettage vornehmen zu müssen • ev. erhöhter Blutverlust • Blutung hält unter Umständen länger an • zeitliche Dauer der spontanen Fehlgeburt ist nicht vorhersagbar
Operatives Management Curettage	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlgeburt ist zeitlich begrenzt • kürzere Blutungsdauer 	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhtes Risiko für eine Verletzung am Uterus mit möglichen Folgen für die Nachfolgeschwangerschaft • erhöhtes Risiko für einen erschwerten Trauerprozess • erhöhtes Risiko für Infektionen • Kontrollverlust infolge der Anästhesie • höhere Kosten durch Spitalaufenthalt und Arztkosten

Guidelines und Empfehlungen von Fachgesellschaften (Stand Januar 2010)

Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) sowie die gynäkologischen Fachgesellschaften der Schweiz und Deutschlands verfügen über keine Guidelines zum Thema Fehlgeburt und Begleitung der Fehlgeburt durch die Hebamme. Auch existieren zur Zeit keine Guidelines auf NICE. Eine Guideline zum Thema «pain and bleeding in early pregnancy» ist in Arbeit.

Die WHO (2006) schreibt in ihrer Reproductive Health Library, dass auch beim abwartenden Management dennoch eine chirurgische Intervention nötig ist, als bei einem direkten chirurgischen Management. Das abwartende Management hat aber ein signifikant tieferes Risiko für Infektionen. In Gegenden mit guter Gesundheitsversorgung, in denen Fehlgeburten mit medizinischer Sicherheit und entsprechenden hygienische Bedingungen stattfinden, ist das abwartende Management sicher und vermutlich kostengünstig. Es ist darum die als erstes zu empfehlende Option bei einem Abortus incompletus im ersten Trimenon. Eine Vacuumcurettage soll für die Frauen gewählt werden, welche eine anhaltend starke vaginale Blutung und/oder Zeichen einer beginnenden Infektion aufweisen.

Das Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG 2006) schreibt in seinen Guidelines als Indikation für eine Curettage: Wunsch der Frau, persistierende exzessive Blutung, hämodynamische Instabilität, Nachweis einer Infektion und suspekten Throphoblasterkrankungen (Evidenzlevel IV). Medikamentöse Methoden (Prostaglandinanaloga) und für das Priming (Antiprogesteron) sind eine effektive Alternative bei einer Fehlgeburt im ersten Trimenon (Evidenzlevel Ib). Abwartendes Management ist in ausgewählten Fällen von Fehlgeburten im ersten Trimenon eine effektive Methode (Evidenzlevel Ib).

Behandlung und therapeutisches Vorgehen bei einer Fehlgeburt

...Kommen Sie Morgen zur Curettage, dann entfernen wir dieses Restmaterial und Sie können am Abend wieder heim und alles ist vorbei...

oder

...einige Tage nachdem ich erfahren hatte, dass mein Kind im Bauch verstorben war, kam es zu einer Blutung, welche etwas stärker als meine Menstruation war. Ich informierte meine Hebamme und sie bat mich, die Blutung und vaginalen Abgänge zu beobachten und sie bei Unsicherheit jederzeit zu kontaktieren...

Über das Vorgehen bei einer Fehlgeburt bestehen unterschiedliche Meinungen unter Fachpersonen und in der Literatur. In gynäkologischen Fachbüchern wie beispielsweise «die Geburtshilfe» (Schneider et al 2006) oder «Gynäkologie und Geburtshilfe» (Goerke und Bazlen 2003) wird bei einer Fehlgeburt eine Curettage in den allermeisten Fällen empfohlen.

Beim Abortus incipiens mit überregelstarken vaginaler Blutung ist ein konservatives Vorgehen nicht mehr gerechtfertigt. Es wird empfohlen, als therapeutische Massnahme beim Abortus incipiens bis zu einer Uterusgrösse entsprechend der 14. SSW eine Vakuumcurettage unter gleichzeitiger Gabe von Uterotonika durchzuführen. Beträgt die Uterusgrösse >14. SSW sollte zuerst eine medikamentöse Spontanausstossung (Solproston, Gemeprost, Oxytocin) angestrebt werden. Möglicherweise müssen dann anschliessend in Utero verbliebene Placentaresten mit einer Curettage noch entfernt werden. Die sonographische und klinische Unterscheidung zwischen einem kompletten und inkompletten Abort ist nicht sicher möglich. Darum kann besonders bei persistierender vaginaler Blutung eine Vacuumcurettage vorgenommen werden. Neuere Daten haben zeigen können, dass in Fällen von kompletten und inkompletten Aborten bis und mit der 12. SSW ein abwartendes Vorgehen ebenfalls in Erwägung gezogen werden kann (Marzusch und Pildner von Steineburg 2006).

Wenn feststeht, dass der Embryo/Fetus abgestorben ist, muss sichergestellt werden, dass der Uterus komplett entleert worden ist. In Utero verbliebene Gewebereste können zu Infektionen, Blutungen und Polypen führen. Meistens kann klinisch nicht festgestellt werden, ob die Gebärmutterentleerung beim Abortus completus und incompletus vollständig ist. Darum muss immer eine Abrasio vorgenommen werden (Goerke und Bazlen 2003).

Curettag/Abrasio uteri

Bei nicht ausreichend geöffnetem Muttermund können 4-6 Stunden vor dem Eingriff Prostaglandine als Vaginaltabletten appliziert werden. Diese führen zu einer Reifung der Zervix, welche dann weicher wird, und der Muttermund öffnet sich etwas. Während oder nach der Curettage wird der Frau Oxytocin oder Methylergometrin verabreicht.

Der Eingriff findet unter Vollnarkose oder Spinalanästhesie statt. Ablauf:

- SpekulumEinstellung der Portio
- Anhaken der vorderen Muttermundlippe mit zwei Kugelzangen
- Curettage der Zervix mit kleiner Kürette
- Messen der Uterussondenlänge
- Dilatation des Zervixkanals mit Hegarstiften
- Curettage des Cavum uteri mit grosser Kürette oder Saugkürette

Komplikationen:

- Nachblutungen
- aufsteigende Infektionen
- Perforation der Uteruswand mit nachfolgenden inneren Blutungen und den Folgen eines erhöhten Blutverlusts

(Goerke und Bazlen 2003)

Beim Abortus imminens wird den Frauen empfohlen, sich zu schonen, oder zu Bettruhe geraten. Im ersten Trimenon ist aus medizinischer Sicht, im Hinblick auf den Schwangerschaftsausgang, diese Massnahme nicht evidenzbasiert. Auch zur medikamentösen Behandlung mit Gestagenen und/oder HCG, um die Schwangerschaft zu erhalten, gibt es keine aussagekräftigen Evidenzen. Lassen sich bei einer drohenden Fehlgeburt (Abortus imminens) sonographisch embryonale Vitalitätszeichen nachweisen, kann in weit über 90% der Fälle mit einem günstigen Schwangerschaftsverlauf gerechnet werden (Marzusch und Pildner von Steineburg 2007b).

Solange keine Klarheit über die Vitalität des Kindes herrscht, soll die Blutung als Zeichen genommen werden, dass die Frau sich eine Ruhezeit nehmen soll und sich zurückziehen darf. Dies ist auch ein Schutz für die Frau, damit sie sich kein schlechtes Gewissen machen muss, nicht alles zur Erhaltung der Schwangerschaft getan zu haben, wenn die Schwangerschaft dann doch nicht hält (Rockel-Loenhoff 2009).

Bei der beginnenden Fehlgeburt kommt es unter wehenartigen Kontraktionen zu einer Erweichung und Verkürzung der Zervix und der Zervixkanal dilatiert. Sonographisch ist ein nichtvitaler Embryo oder Fetus erkennbar. Vorallem wenn es zu einer übermenschstarke Blutung kommt, soll nicht mehr konservativ vorgegangen werden. Marzusch und Pildner von Steineburg (2007c) empfehlen bis zu einer Uterusgrösse entsprechend der 14. SSW eine Vacuumcurettag. Ist die Schwangerschaft bereits fortgeschrittener, soll zuerst eine medikamentös unterstützte Spontanausstossung versucht werden und noch vorhandene Gewebsreste danach durch Curretage entfernt werden.

Die Übergänge zwischen den verschiedenen Formen der Fehlgeburt sind sehr fliessend. Aus diesem Grund soll das therapeutische Procedere aufgrund der Blutungsstärke, dem sonographischen Befund und dem Gestationsalter ausgewählt werden. Eine Curretage ist mit gewissen Risiken wie Blutungen, Perforation der Uteruswand und aufsteigenden Infektionen verbunden. Bei einem Abortus incipiens bzw. incompletus in der Frühschwangerschaft kann auch bei gewissen Frauen ein abwartendes Management angezeigt sein (Trautmann et al 2004).

Schneeberger und Schwärzler (2001) haben in einer prospektiven Studie Verlauf von Fehlgeburten bei 108 Schwangerschaften ausgewertet. Dabei wurde neben anderen Faktoren bei spontanen Fehlgeburten das zuwartende Management mit der Abortcurettag verglichen, um

daraus neue Kriterien für die Patientinnenselektion abzuleiten. Bei allen Frauen wurde vaginalsonographisch ein avitale Schwangerschaft festgestellt. Diese durfte nicht auf mehr als 12. SSW geschätzt werden, und der intrauterine Fruchtsack musste einen Durchmesser von 10-50 mm haben.

Sie konnten zeigen, dass ein abwartendes Management bei spontaner Fehlgeburt nicht ein erhöhtes Risiko gegenüber der Curettage aufweist und darum eine therapeutische Alternative in der Behandlung von Fehlgeburten ist. Nach 28 Tagen konnte bei 84% der Frauen sonographisch ein leeres Uteruscavuum und ein Serum Beta-HCG Spiegel < als 20 IU nachgewiesen werden. Diese Werte werden als Zeichen einer kompletten spontanen Fehlgeburt gewertet.

Schneeberger und Schwärzler (2001) haben weiter beobachtet, dass Frauen, welche das abwartende Management wählten, psychisch weniger stark belastet wurden und das Ereignis Kindsverlust besser verarbeiten konnten, als die Frauen, welche curettiert wurden. Bei letzteren waren vermehrte Angstgefühle feststellbar. Die Patientinnen aus der Gruppe mit abwartendem Vorgehen hatten im Mittel längere und stärkere Unterbauchschmerzen, bzw. Blutungen.

Alef Thorstensens (2000) kommt aufgrund ihrer Literaturrecherche zum Schluss, dass es ratsam ist, bei fehlenden klinischen Indikationen, die für ein chirurgisches Management sprechen, der Frau die Entscheidung, welchen Weg sie wählen möchte, zu überlassen. Der Entscheidungsprozess fällt oftmals in die erste Zeit nach der Diagnose, welche von Schock, Trauer und Distress geprägt ist. Die meisten Frauen wollen in dieser Situation konkrete Informationen über den nächsten Schritt. Die verschiedenen Möglichkeiten mit ihren Vor- und Nachteilen sowie die zu erwartenden physischen und psychischen Erfahrungen, welche sie möglicherweise durchlaufen werden, sollen von der Hebamme beschrieben werden.

Ein Cochrane Review von Nanda et al. (2009) unter dem Titel «Expectant care versus surgical treatment for miscarriage» kommt zum Schluss, dass die Evidenzen ungenügend sind, um eine klare Empfehlung abzugeben, ob das abwartende Management dem chirurgischen Eingriff vorzuziehen sei. Wenn eine Frau die höhere Wahrscheinlichkeit für eine inkomplette Fehlgeburt mit einer anschliessenden Curettage in Kauf nehmen mag und die Blutung nicht übermässig ist, ist ein abwartendes Management eine angemessene Möglichkeit. Der üblicherweise routinemässig praktizierten Abortcurettage fehlt die wissenschaftlich notwendigen Untermauerung/Support. Paradoxerweise erhöht diese Methode das Risiko einer Infektion. Aufgrund der zweifelhaften Evidenzen müssen für die Festlegung des Procederes die Wünsche und Vorstellungen der Frau eine wichtige Rolle einnehmen.

Kommt es zu einer Curettage, kann die Frau von verschiedenen Dingen betroffen sein, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf ihren momentanen und zukünftigen Gesundheitszustand haben können:

- gestörtes Körperbild/gestörte körperliche Integrität
- Wissensdefizit
- Angst
- Operations- und Narkoserisiko
- Machtlosigkeit und Kontrollverlust

Jede Curettage bringt die Gefahr mit sich, dass die basale Schicht der Gebärmutter Schleimhaut und/oder die Zervix verletzt werden (Rockel-Loenhoff 2003).

Die Konsequenzen daraus sind erst bei einer Folgeschwangerschaft sichtbar:

- sekundäre Sterilität
- Anomalien der Placentaimplantation
- Retention der Placenta/Placentalösungsanomalie

- Zervixdystokie

Um diese Komplikationen zu vermeiden und frauengesundheitserhaltend zu arbeiten, soll die Fehlgeburt als ein natürlicher, weiblicher Vorgang betrachtet werden, der in der Regel nach physiologischen Grundprinzipien ablaufen kann und darf. Die Frau soll, wenn sie das will, die Vorgänge in ihrem Körper selbstbestimmt erleben dürfen.

Die Vorgänge der frühen Fehlgeburt sind dem Menstruationszyklus und der Regelblutung sehr ähnlich (Rockel-Loenhoff 2009).

3.3. Arbeitshilfe für die Hebammenbegleitung bei Fehlgeburt

Begleitung

Bei der Begleitung einer spontanen Fehlgeburt durch die Hebamme ist es wichtig, dass die Hebamme unterscheidet zwischen realer Gefahr und natürlichem Prozess. Für die Abgrenzung von Pathologien ist die Hebamme sich ihrer Rolle als Expertin der Physiologie bewusst. Besteht also eine vitale Gefährdung der Frau, wird die Hebamme sie rasch ins Spital einweisen, Ansonsten kann eine Fehlgeburt auch zu Hause begleitet werden. Analog zur Hausgeburtsilfe ist die Selbstbestimmung der Frau zu Hause grösser, das häusliche Umfeld kann sie stärken und sensibler für die ablaufenden Prozesse machen.

Rockel-Loenhoff (2009) beschreibt die Frühschwangerschaft allgemein und eine drohende Fehlgeburt im Speziellen als unsichere Prozesse, die ausgehalten werden müssen. Hebammen sind Fachfrauen für das Empowerment von Frauen und können sie im Aktivieren ihrer Bewältigungsstrategien unterstützen. Frauen übernehmen dadurch eine aktive Rolle und sind nicht passiv medizinischen Interventionen ausgeliefert.

Die Begleitung der Frau kann auch via Telefon geschehen, und die Hebamme kommt erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Frau.

Ultraschall

Zur Diagnose von Fehlgeburten wird oft der Ultraschall angewendet. Die Anwendung dieser technischen Massnahme wird von den Frauen unterschiedlich empfunden, von hilfreich bis traumatisierend. Der Grenzen des Ultraschalls sind sich viele Frauen nicht bewusst. So kann er nichts darüber sagen, was mit dieser Schwangerschaft wird. Man sieht beim Frühultraschall auch nicht hinter die Placenta, und aktuell vorhandene Herztöne und Kindsbewegungen sagen nichts zum Überleben des Kindes. Vielmehr ist es möglich, dass passager keine Herzaktion sichtbar ist und dann am Termin trotzdem ein gesundes Kind geboren wird. Das Kind war sozusagen in einem Hybernierungszustand (Winterschlaf). Weiter betont Rockel-Loenhoff (2009), dass gerade der Ultraschall in kritischen Situationen ein Stressfaktor für die Schwangerschaft ist. Eine Fehlgeburt wird dadurch wahrscheinlicher.

Diagnose und weiterer Verlauf

Die meisten Spontanaborte finden zwischen der 8.-12. SSW statt. Wird eine «Missed Abortion» diagnostiziert, gibt keinen Grund, sofort Massnahmen einzuleiten. Das Kind ist durch die Eihäute gegen aussen abgeschottet, die Gefahr einer Infektion dadurch sehr gering. Es kann also abgewartet werden, was passiert. Der Spontanabort beginnt mit einem Ablösungs- und Absonderungsprozess und zum üblichen Menstruationszeitpunkt setzt dann in der 8. oder 12. SSW eine Blutung ein und das Kind wird geboren. Es kann auch länger als bis zur 12. SSW gewartet werden. Kommt es nach der 16. SSW nicht zur Blutung, kann in Zusammenarbeit mit einer Ärztin

versucht werden, ob sich mit der Einnahme einer östrogenhaltigen Verhütungspille nach deren Absetzen eine Abbruchblutung ergibt (Rockel-Loenhoff 2009).

Eirich (2009) empfiehlt bei beginnender Fehlgeburt mit vaginaler Blutung eine genaue Beobachtung der Blutungsqualität und Gerinnungseigenschaft des Blutes. Dies auch im Hinblick auf die äusserst seltene Gefahr einer DIC. Eine regelmässige Temperaturkontrolle durch die Frau ist wichtig, um allfällige Anzeichen eines septischen Aborts zu erkennen. Zeichen von Abgeschlagenheit und grippeähnliche Symptome deuten ebenfalls in diese Richtung und sollten von der Frau umgehend mit der Hebamme besprochen werden, da eine weitere Betreuung/Behandlung in der Klinik angezeigt ist.

Ein frühes Erkennen von Krankheitszeichen (Puls \uparrow , Körpertemperatur \uparrow , vaginale Blutung \uparrow) ist als Präventionsmassnahmen und zur Abgrenzung von Pathologien wichtig.

Phasen einer Fehlgeburt (mündliche Mitteilung von Rockel-Loenhoff 2009)

Die Phase der Muttermundseröffnung kann mehrere Tage andauern. Krampfartige Unterbauchschmerzen können die Blutung begleiten. Diese werden mit den üblichen Massnahmen zur Linderung von Menstruationsschmerzen gemildert (Goerke und Bazlen 2003, Stadelmann 2001, Rockel-Loenhoff 2009):

- Wärmflasche auf Unterbauch und Kreuzbein
- Lavendelfussbad
- warmes Bad
- Gänsefingerkrauttee
- Bauchmassage mit Tokoöl oder Mensmassageöl nach Stadelmann
- Masturbation
- Akupunktur

Die Verwendung von Analgetika/Spasmolytica liegt in der Entscheidung der Frau. Wie bei der Geburt, muss sie selber erspüren, wo ihre Schmerzgrenze liegt und was die für sie passende Bewältigungsstrategie in diesem Augenblick ist. Die Schmerzen können sehr heftig sein, und möglicherweise kommt es zu einer Zervixdystokie. Die Zervix hält sozusagen den kleinen Körper fest. Wenn es für die Frau angepasst ist, kann sie versuchen durch einen Orgasmus den Krampf lösen. Es kommt dann zu einer heftigen Übergangsphase und darauf beginnt die eher kurze Austreibungsphase. Grundsätzlich muss die Hebamme bei einer Fehlgeburt nicht permanent bei der Frau anwesend sein. Die Frau soll in ihrer Selbständigkeit unterstützt und gefördert werden (Rockel-Loenhoff 2009).

Die Frau meldet sich bei der Hebamme bei Bedarf. Laut Rockel-Loenhoff (2009) melden sich die Frauen meist intuitiv, kurz bevor es zur Geburt kommt. Allerdings ist es schwierig zu sagen, wann es soweit ist, und die Geburt kann rasch erfolgen. So ist es häufig so, dass die Hebamme oft erst nach der eigentlichen Fehlgeburt zur Frau kommt.

Ein starker vegetativer Reiz führt zu innerer Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und heftigem Stuhl- und Harndrang. Der Reiz wirkt sich auch auf die glatte Muskulatur und die Gefässe aus. Es kommt zur starken Gefässweitstellung und der Körper reagiert mit kollabieren, als sei dem Körper alles zuviel. Dieses Kollabieren ist nicht mit dem bei Atonie zu vergleichen.

Die Frau braucht in diesem Moment Beistand. Gibt sie dem Stuhl- und Harndrang nach, soll die Frau ein Gefäss vor den Scheidenausgang halten, um damit alle vaginalen Abgänge aufzufangen. Das Hineinfallen des Kindes in die Toilette soll unbedingt vermieden werden, da es für die Frau traumatisierend sein kann und die Abgänge auf ihre Vollständigkeit angeschaut werden sollen. Zusammen mit der Darmentleerung geht der Uterusinhalt ab, oft ein Teil des

Deziduasacks (Fruchtblase und Embryo) und geronnenes Blut. Zum Schluss folgt noch der zweite Teil des Deziduasacks. Die Frucht kann jedoch auch auf einmal als Ganzes abgehen. Im erste Trimenon wird die Placenta nicht separat abgehen. Auch wenn es in der rechnerischen 16. SSW zur Geburt kommt, das Kind aber bereits in der 8. SSW verstorben ist, gibt es keine Placentageburt. Die Fehlgeburt im ersten Trimenon ist einzeitig, d.h. es gibt keine Nachgeburtphase.

Leitsymptome, um die bevorstehende Geburt zu erkennen, sind also heftiger Stuhldrang und Übelkeit. Die Blutung kann so stark sein wie bei einer Termingeburt (500 ml). Die Blutungsmenge kann die Frau möglicherweise erschrecken. Aus diesem Grund muss die Kreislaufsituation gut beobachtet werden. Die Frau hat als Kompensationsmechanismus physiologischerweise das erhöhte Blutvolumen der Schwangerschaft zur Verfügung.

Sinnvollerweise ist die Frau darauf vorbereitet, wie gross das Kind in etwa sein wird. Das fördert ihr Gefühl von Selbstbestimmung. Manchmal setzen jedoch schon vor der Geburt enzymatische Prozesse der Auflösung ein und es sind kaum oder keine embryonale Strukturen erkennbar. Hebamme und Frau können danach gemeinsam das Kind betrachten und die Abgänge auf ihre Vollständigkeit hin überprüfen. Oftmals erscheint das Kind beim ersten Betrachten grösser, weil es ein «grosser Moment» ist.

Beurteilungskriterien für die Überprüfung der vaginalen Abgänge

- Blut
- Koagula
- Dezidua kann sich wie Muskelgewebe anfühlen, in der Farbe dunkelrot-braun. Die Dezidua ist die Gebärmutter Schleimhaut in der Schwangerschaft. Farnkrautartiges Aussehen. Je nach dem wie lange die Schwangerschaft nicht mehr intakt ist, sieht sie anders aus
- Fruchtblase mit weiss-bläulicher Eihaut mit Embryo. Dieser kann als feingezeichnetes Kind sichtbar sein
- bis zur 12. SSW keine Placenta sondern Chorion, Zotten

Die Beurteilung und Vollständigkeit des «Materials» ist nicht das einzige Kriterium, auch das Gefühl der Frau, ob alles draussen ist, zählt. Eine Abschätzung der Körperlänge und Gewicht nach der Haaseregul aus Faller «Der Körper des Menschen» (2004) hilft bei einer Abschätzung.

Schwangerschaftsalter	Körperlänge in cm	Körpergewicht in g
Ende 1. Monat	0,4	1
Ende 2. Monat	3	3
Ende 3. Monat	6	20
Ende 4. Monat	16 (4x4)	130
Ende 5. Monat	25 (5x5)	400

Nach der Fehlgeburt

Kommt es zu starken «Nachwehen», kann das ein Hinweis darauf sein, dass die Geburt noch nicht abgeschlossen ist. Auch wenn die Blutung deutlich länger als eine Menstruation dauert und Überregelstärke hat, kann das als Zeichen des Körpers gedeutet werden, dass er selber nicht alles «rausbringen» kann. Auch eine immer wieder auftretende vaginale Blutung ist ein Zeichen der unvollständigen Fehlgeburt. In diesem Fall soll eine Curettage gemacht werden, denn sonst calcifizieren die Reste im Uterus, und es kommt zur Unfruchtbarkeit. Im Zusammen-

hang mit der Blutung gibt es keine allgemeingültigen Regeln zur Blutungsmenge. Die Frau soll dabei die Stärke ihrer Menstruationsblutung als Richtschnur nehmen.

Rockel-Loenhoff (2009) hat beobachtet, dass Frauen sehr gut spüren, wann die Blutungsmenge zu gross ist und eine Einweisung ins Spital nötig wird. Sistiert die Blutung nach einigen Tagen von selber, kann man davon ausgehen, dass das Uteruscavum leer ist.

Die Gebärmutter wird in der Zeit nach der Fehlgeburt kaum tastbar sein, da sie in der 12. SSW bis zur oberen Symphysenkante reicht. Kommt es in einer späteren Schwangerschaftswoche zur Fehlgeburt, soll die Uterusinvolution im Wochenbett beobachtet werden.

Fehlgeburt nach der 12. Schwangerschaftswoche

Kommt es im zweiten Trimenon zur Fehlgeburt, ist mit mehr Komplikationen zu rechnen. Diese Fehlgeburten haben eher eine pathologische Ursache. Beispielsweise wegen einer veränderten Genetik des Kindes, fehlgeleiteten Stoffwechselprozessen oder einer maternalen oder kindlichen Infektion. Fehlgeburten im zweiten Trimenon sind meistens durch starke Blutungen begleitet, da sich die Placenta im zweiten Trimenon nicht gut löst, weil sie auf Schwangerschaftserhalt eingestellt.

Fehlgeburten nach der 12. Schwangerschaftswoche sind im Ablauf ähnlich wie die Termingeburt. Besondere Beachtung verdient dort die Nachgeburtsphase, in der die Placenta nicht geboren wird. Lebt das Kind zum Zeitpunkt der Geburt, kann man von einer «schlaunen Placenta» sprechen, denn sie hält an ihrer Aufgabe fest. Das kann auch passieren, wenn das Kind erst kurz vor der Geburt verstorben ist und der Vorgang der Geburt zu schnell war und die Placenta noch nicht «verstanden» hat (Rockel-Loenhoff und Gassmann 2009).

Ein überstürztes Handeln nach der Diagnose wird eher pathologische Verläufe fördern. Rasches Eingreifen in diese Prozesse ist nur in begründeten Fällen in denen eine wirkliche Gefahr für die Frau besteht, indiziert. Ein physiologischer Verlauf der Fehlgeburt ist aber auch im II. Trimenon möglich (Rockel-Loenhoff 2009).

Die Frage ob es eine Geburtseinleitung mit Prostaglandinen braucht, soll mit dem Paar individuell unter Einbezug der klinischen Symptomatik entschieden werden.

Hormone bei Fehlgeburten im I. und II. Trimenon

Über die hormonelle Situation bei Fehlgeburten ist kaum etwas bekannt. Oxytocin ist bei Fehlgeburten in diesem Zeitraum kaum vorhanden, vielmehr werden sie durch Prostaglandine geprägt (Schmid 2009).

Rhesusprophylaxe nach einer Fehlgeburt

In der geburtshilflichen Fachliteratur wird allgemein eine Verabreichung von Anti-D bei Frauen, welche Rhesus negativ sind, empfohlen (Zimmermann 2006).

Rockel-Loenhoff (2009) rät zu einer differenzierten Praxis der Anti-D Gabe. Wurde kein Stress und keine Manipulationen auf den Uterus ausgeübt, kann bei der Fehlgeburt im I. Trimenon darauf verzichtet werden. Ist eine Curettage nötig oder es kam zu Manipulationen an der Placenta (II. Trimenon), soll eine Prophylaxe vorgenommen werden. Ein Bluttest einige Zeit später kann Auskunft über Antikörper im Blut der Frau geben.

Kontrolle des β HCG

Bei intakter Schwangerschaft ist der β HCG Spiegel in der 10. SSW am höchsten (50'000-100'000 mIE/ml) und sinkt dann bis zur 20. SSW (10'000-20'000 mIE/ml) kontinuierlich ab. Die-

ser Stand wird dann bis zur Geburt des Kindes konstant erhalten (Marzusch und Pildner von Steineburg 2006). Kommt es zur Fehlgeburt, sinkt das β HCG innerhalb einer Woche nach Entleerung des Uteruscaviums rapide ab. Nach durchschnittlich 30 Tagen ist kein β HCG mehr im mütterlichen Blut nachweisbar. Die Verlaufskontrolle des β HCG Wertes kann hilfreich sein wenn Zweifel darüber bestehen, ob die Fehlgeburt vollständig war.

Laktation nach der Fehlgeburt

Physiologie

Die Laktation nach einer Fehlgeburt ist ein Thema, welches in der Literatur kaum erwähnt wird. Aus Erfahrungsberichten von freipraktizierenden Hebammen ist mir bekannt, dass es vor allem bei Fehlgeburten im II. Trimenon auch zu einer initialen Milchdrüsenanschwellung kommen kann.

Die Laktogenese verläuft in zwei Phasen: Phase I beginnt um die 16. SSW. Verliert eine Frau in diesem Zeitraum ihr Kind, produziert sie Kolostrum. Phase II beginnt nach der Placentageburt (wenn Kind am Termin geboren wird).

Vom dritten Schwangerschaftsmonat an wird kolostrum-ähnliches Material aus den Milchdrüsen abgesondert. Prolactin aus dem Hypophysen-Vorderlappen stimuliert die Produktion des Kolostrums in den Milchdrüsen.

Im zweiten Trimenon stimuliert das placentare Laktogen die Sekretion des Kolostrums. Eine Mutter, die nach 16 SSW gebärt, wird Kolostrumabgang aus ihrer Brust wahrnehmen, ungeachtet davon, dass ihr Kind nicht lebt. Dies zeigt die Effektivität hormoneller Stimulation auf die Laktation (Lawrence 2005).

Nach einer Fehlgeburt bildet die Brust meistens weniger Milch als nach einer Termingeburt. Die nachfolgend beschriebenen Vorgänge sind also nur ansatzweise zu beobachten.

Um den dritten Tag nach der Geburt kommt es durch hormonelle Einflüsse zu einer initialen Brustdrüsenanschwellung. Die Brustdrüsen werden vermehrt mit Blut und Lymphflüssigkeit versorgt. Die Brust wird voller, schwerer und wärmer. Die Wöchnerin kann diese Symptome als sehr unangenehm empfinden. Durch den fehlenden Saugreiz an den Mamillen wird weniger Prolaktin und Oxytocin ausgeschüttet. Die Brust wird nicht mit Saugen oder Pumpen und Ausstreichen entleert und es kommt zu einer Stauungsinvolution. Die angesammelte Milch in den Alveolen drückt die milchbildenden Zellen zusammen und verlangsamt so die Milchproduktion. Ein bis zwei Wochen später sistiert dann die Milchproduktion (Harder 2003).

Die Brust sollte, sobald sie durch vermehrte Durchbutung wärmer wird, konsequent gekühlt werden und zusätzlich können 2-3 Tassen Salbeitee getrunken werden (KIRA 2001).

Im klinischen Setting werden in der Regel bei Fehlgeburten nach der 12. SSW Prolaktinhemmer zur Hemmung der Laktation verschrieben. In guter Absicht, um die Frau nicht noch zusätzlich durch die Milchbildung zu belasten und «unnötig» an das verlorene Kind zu erinnern. Das medikamentöse Abstillen mit Prolaktinhemmern ist jedoch häufig mit starken Nebenwirkungen verbunden.

Maurer und Gassmann (2005) raten eindringlich von der Verwendung solcher Medikamente nach Kindsverlust ab, da die Nebenwirkungen Schwindel, Benommenheit, psychomotorische Unruhe und Schlafstörungen den Beschwerden nach Kindsverlust sehr ähnlich sind und im Wochenbettverlauf nicht als solche erkannt werden.

Betrachtet man die einsetzende Laktation aus anderer Perspektive, können viele positive Aspekte dem physiologischen Vorgang «Milchbildung nach Fehlgeburt» abgewonnen werden. So kann die Frau die einsetzende Laktation als positives Zeichen wahrnehmen, dass ihr Körper richtig funktioniert. Das Fließen der Milch kann auch als Zeichen des Trauerns/Weinens des

Körpers um das verlorene Kind betrachtet werden; ein vorzeitiges Aussteigen aus diesem Prozess ist unphysiologisch. Die Laktation soll und darf gewürdigt werden. Die notwendige Zuwendung zur Brust kann im Trauerprozess hilfreich sein, um die Frau mit sich selber und ihrem Körper in Kontakt zu bringen.

Hebammenspezifische Massnahmen im Zusammenhang mit der Laktation

Ein klärendes Gespräch zwischen Hebamme und Frau kann den Entscheidungsprozess, wie sie abstillen möchte, unterstützen. Entscheidet sich die Frau für natürliche Abstillmassnahmen, sind folgende Massnahmen möglich:

- Quarkwickel
- Weisskohlwickel
- Wickel mit ausgekühltem Pfefferminztee
- Brustmassage mit Abstillöl nach Stadelmann
- Salbei- und Pfefferminztee
- fest sitzender Büstenhalter oder Brust fest mit Tuch einbinden
- Akupunktur/TCM Kräuter
- Homöopathie
- Entlasten der prallen Brust durch warmes Duschen und Ausstreichen, jedoch so wenig wie möglich, da sonst die Milchbildung gefördert wird

4. Erleben und Verarbeiten einer Fehlgeburt

4.1. Verlust

Fehlgeburten können signifikant mit psychischen Folgeerkrankungen assoziiert sein. Die vorhandenen Evidenzen belegen, dass adäquate Beratung und Unterstützung einen signifikanten, positiven Einfluss auf das Wohlergehen der Frau haben (Hinshaw et al 2006). In diesem Teil der Arbeit soll entsprechend das seelisch-geistige Erleben einer Fehlgeburt thematisiert werden.

Erlebt eine Frau eine Fehlgeburt in der Frühschwangerschaft, kann ihre Trauer so intensiv und komplex sein wie bei einem späteren Kindsverlust (Alef Thorstensen 2000 zitiert Brier 1999). Die meisten Frauen erleben eine Fehlgeburt als emotionales, psychisches und soziales Ereignis in ihrem Leben (Moulder 1998 zitiert in Frost et al 2007). Kommt es zu einer Fehlgeburt, bedeutet das für die Frau/das Paar, dass es einen Verlust erleidet.

Die Vielfältigkeit der Verlustgefühle wurden von Jones (2001 zitiert in Frost et al 2007) erforscht. Betroffene Frauen leiden unter folgenden Problemen:

- Verlust von Hoffnung (loss of hope)
- Verlust von Handlungswirksamkeit Machtlosigkeit und Kontrollverlust (loss of agency)
- Verlust der körperlichen Integrität (loss of bodily integrity)
- Verlust der Identität (loss of identity)

Kommt es in der ersten Schwangerschaft einer Frau zu einer Fehlgeburt, geschieht dies in einer ohnehin sehr verwundbaren Phase, in der Selbstbild, soziale Beziehungen, Partnerschaft und Lebensgestaltung neu organisiert werden. Der jäh eingetretene Verlust vereitelt die begonnene Entwicklung (Beutel 2002 zitiert Leon 1990).

Wie oben beschrieben werden alle an die Schwangerschaft geknüpften Hoffnungen, Wünsche und Lebensentwürfe ausgebremst. Neben der ungelebten Entwicklung des Kindes ist auch ein wesentlicher Teil der Lebensentwürfe der Eltern ungelebt. Die Diskrepanz zwischen Realität und herbeigesehntem Zustand ist schmerzhaft. Die Erfahrung, Mutter zu werden und dann nicht Mutter sein zu dürfen. Auch verlieren die Frauen durch die Fehlgeburt ihre Rolle als werdende Mutter, welche ihnen unter Umständen auch eine besondere Aufmerksamkeit ihres Umfelds mitbringt.

Durch die Schwangerschaft entstehen Wünsche und Vorstellungen bezüglich Kind und Elternschaft, die eng mit dem Selbstwertgefühl verknüpft sind. Ist die Trennung von der eigenen Person mit dem heranwachsenden Kind nicht oder erst unvollständig vollzogen, handelt es sich aus psychologischer Sicht um einen Verlust eines Teils des Selbst, was man als einen narzistischen Verlust bezeichnet (Beutel 2002 zitiert Leon 1992).

Schwangere Frauen erleben eine Symbiose mit dem wachsenden Kind in ihrem Bauch. Die Frau erlebt das Kind als ein Teil ihres Körpers und so verliert sie bei einer Fehlgeburt im übertragenen Sinne einen Teil von sich. Das betrauern eines Teils des eigenen Körpers ist weitaus schwieriger als die Trauer um eine reale Person. Dadurch kann vor allem bei einer ersten Schwangerschaft das sich entwickelnde mütterliche Selbstbewusstsein erschüttert werden (Rauchfuss 2000).

Das Wissen um diesen Umstand kann im Umgang mit erschwerten Mutter-Kind-Bindungen bei Frauen mit Status nach Fehlgeburten allenfalls hilfreich sein.

Beutel (2002) erwähnt auch ein sinkendes Selbstwertgefühl bei der Frau, die glaubt, nicht dem Ideal einer guten Mutter oder Weiblichkeit zu entsprechen, wenn sie es nicht einmal schafft, ein lebensfähiges Kind hervorzubringen.

4.2. Trauer

Wir werden eingetaucht
und mit dem Wasser der Sintflut gewaschen,
wir werden durchnässt
bis auf die Herzhaut
Der Wunsch nach der Landschaft
diesseits der Tränengrenze
taugt nicht,
der Wunsch, den Blütenfrühling zu halten,
der Wunsch, verschont zu bleiben,
taugt nicht.

...

Zeller-Forster (2004) zitiert in ihrer Arbeit über Verlust und Trauer Canacakis (1987), der die Fähigkeit zu trauern als Instrument zur Verarbeitung von Verlusten und Trennungen nennt.

Darum ist die Trauer nach einer Fehlgeburt ein physiologischer Vorgang, der wenn nötig unterstützt und begleitet werden kann. Die Unterstützung physiologischer Prozesse ist eine Kernkompetenz der Hebamme und gehört zur Schlüsselqualifikation «geschehen lassen-intervenieren» und der Funktion 3 «die Hebamme erfasst die Frau in ihrem familiären und gesellschaftlichen Umfeld. Sie erkennt psychosoziale Krisensituationen.»

Lothrop (1998) beschreibt trauern als eine starke Energie mit der Kraft, uns zu heilen oder zu zerstören. Trauer kann nicht unterdrückt werden, sie findet immer einen Ausdruck und ungelebte, verdrängte Trauer kann zu tiefen Depressionen und anderen Krankheitsbildern führen. Die Bereitschaft, den Trauerprozess durchzumachen, hilft, Abschied zu nehmen von Träumen, Vorstellungen und Wünschen. Verlorenes kann in die eigene Biographie integriert werden und langsam zu neuem Lebenssinn verhelfen. Es kann dazu beitragen, sich selber besser zu verstehen. Um nach dieser tiefen Verletzung wieder heil zu werden, wieder liebes- und lebensfähig zu sein, muss die trauernde Person es wagen, die Erfahrung mit allen aufkommenden Gefühlen bewusst zu durchleben, die Gefühle an sich heranzulassen und sich davon erschüttern zu lassen.

Verschiedene Autorinnen haben intensiv über Trauer geforscht und Modelle entwickelt. Eine wichtige Erkenntnis aus diesen Arbeiten ist, dass der Trauerprozess sehr individuell verläuft und es kein richtiges oder falsches Trauern gibt. In der Begleitung von Paaren soll dem Beachtung geschenkt werden. Oftmals fühlt sich der eine Elternteil in seiner Trauer missverstanden oder hat das Gefühl, der andere traure nicht richtig. Dort kann die Hebamme für Verständnis untereinander sorgen. Wie ein Mensch trauert, hängt sehr von seinen bisherigen Trauererfahrungen im Leben, der individuellen Situation und den vorhandenen Ressourcen zusammen. Der Verlust eines Kindes führt zu einer seelischen und körperlichen Verletzung/Wunde bei der Frau. Der Umgang mit Verletzungen erfordert von den begleitenden Personen viel Sorgfalt und Achtsamkeit.

In diesem Zusammenhang wird auch wieder die Frage aktuell, welches Management bei einer Fehlgeburt angezeigt sein könnte. Ein ruhiges, aufmerksames Beobachten und Begleiten oder ein Intervenieren und rasches medizinisches Eingreifen in den begonnenen Prozess. Das Abwägen und Suchen nach dem erforderlichen Weg gehört zur Schlüsselqualifikation für Hebammen «geschehen lassen-intervenieren». Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Begleitung von Fehlgeburten eine Aufgabe der Hebamme ist.

Nijs zitiert in ihrem Buch «Trauern hat seine Zeit» eine Pflegende mit den folgenden Worten: «Als Pflegende wollen wir den Schmerz wegwaschen und ein Pflaster auf die Trauer kleben» (2003:160).

Diesen Wunsch nach wegwaschen beschreiben viele betroffene Frauen, wenn sie über unachtsam daher gesagte Sätze wie «sie sind ja noch jung und können viele Kinder bekommen» oder «jetzt reissen sie sich zusammen, sie haben ja schon zwei gesunde Kinder» hören.

Wenn Frauen von ihrer Fehlgeburt berichten, beschreiben sie oft ein Gefühl von totaler Überwältigung, ein regelrechtes durchgeschüttelt werden von Tränen, Verzweiflung, Angst, Wut, Mutlosigkeit, Aggression, Hilflosigkeit und anderen Gefühlen. Diese Heftigkeit kann eine grosse Herausforderung für die begleitende Hebamme sein und konfrontiert sie mit ihrer eigenen Fähigkeit und ihrem Umgang mit Trauer. Die Wahrnehmung eigener Grenzen in dieser anspruchsvollen Arbeit und das Eingestehen von Überforderung und der Notwendigkeit, sich selber Hilfe zu holen, ist ein wichtiger Aspekt in der Begleitung von Verlustsituationen.

Canacakis (1999) betont die Vielfältigkeit, Wichtigkeit und Heilsamkeit des Trauerns und der Tränen. Sie verhelfen den Betroffenen zu Erleichterung, Entlastung, Linderung von Beschwerden, Erschöpfung, Entspannung, Lösung, Zufriedenheit und anderem. Tränen fördern die Gesundheit, indem sie Stresshormone herausspülen und sind eine Antwort unserer Seele, unseres Körpers und Geistes. Sie reinigen vor unerträglichen Trauerschmerzen, schrecklichen Trauergedanken- und -fantasien und bedrückenden Trauergefühlen. Sie reinigen die Trauer von allem Negativen.

Maurer und Gassmann (2005) betonen die Wichtigkeit der heilsamen Tränen, aber fordern gleichzeitig grössten Respekt und Offenheit gegenüber dem individuellen Weg des Trauerns in all seinen Ausdrucksformen. Sie weisen auf ein Trauermodell des Professors für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Manfred E. Beutel hin, welcher sich intensiv mit der Trauer von verwaisten Eltern befasst hat:

Sein Konzept des Trauerns umfasst drei bis vier Phasen. Diese verlaufen aber nicht kontinuierlich, sondern überschneiden sich oder treten abwechselnd auf:

- Die **Phase des Schocks** und Protests dauert Stunden oder Tage an. Gefühle der Fassungslosigkeit und des sich betäubt fühlen treten auf. Der Verlust scheint unwirklich und zum vorübergehenden Schutz von unerträglichem Schmerz kommt es zu Verleugnung. Passivität und Lähmungsgefühle werden durch heftige Emotionen wie panische Angst, Wut und selten Hochstimmung unterbrochen. Betroffene weinen und werden von einer Rastlosigkeit erfasst, um das Verlorene wiederzugewinnen. Das Schlafempfinden und das Bedürfnis nach Essen sind reduziert, und die trauernde Person spürt ein Gefühl der Enge im Hals und eine Leere im Bauch. Sie kann auch seufzend atmen.
- In der **Phase des Anerkennens** beginnen Betroffene den Verlust als endgültig zu anerkennen. Innerhalb von etwa zwei Wochen folgt eine intensive Beschäftigung mit dem Verstorbenen in Gedanken, Tagträumen und illusionären Verkennungen. In Zwiegesprächen wird die Beziehung zum Verstorbenen fortgesetzt. Das Zurückschauen und Erinnern hat die Funktion den Verlust auch emotional zu anerkennen und sich so langsam vom Verstorbenen zu lösen. Diese Phase wird begleitet von Traurigkeit und Weinen, welches in Wellen auftritt. Es kann auch zu Selbstvorwürfen über reale und vermeintliche Versäumnisse und Ärger kommen. Die Interessen an alltäglichen Dingen ist sehr gering und die Welt erscheint leer.

Wenn dieser Prozess «normal» verläuft, verringern sich die Symptome in den ersten 6-12 Monaten. Die Phase der Auflösung beginnt dann, wenn die Hinterbliebenen beginnen wieder Interesse zu gewinnen oder bereit sind neue Bindungen einzugehen. Sie werden fähig, Erinnerungen ohne intensiven Schmerz mit ihren angenehmen und enttäuschenden Seiten aufzusuchen, ohne

dass sie zum realen Ersatz für reale Beziehungen werden. Manche Verluste aber können nach den aufgeführten Kriterien nie überwunden werden und die Traurigkeit kann lebenslänglich anhalten.

Rituale des Abschieds geben dem individuellen Trauerprozess eine soziale Gestalt: der Tod wird gemeinschaftlich anerkannt, die Erinnerung an den Verstorbenen bewahrt und damit Hilfestellungen verfügbar.

In der Situation einer Fehlgeburt fehlen aber oft konkrete Bilder und Erinnerungen an das verstorbene Kind. Das Umfeld des Paares weiss unter Umständen noch nicht über die Schwangerschaft. In diesem Fall ist es sehr wichtig, die Eltern in ihren inneren und äusseren Bildern und Gedanken zu ihrem Kind zu unterstützen. Ein Gedenkbuch mit Ultraschallbildern und anderen Dingen kann darin unterstützend sein. Das gemeinsame Betrachten des Kindes nach der Geburt und je nach Wunsch das anfertigen von Fotografien des Kindes tragen weiter dazu bei.

Das Besondere beim frühen Verlust eines Kindes ist, dass die meisten Menschen im Umfeld der Eltern das Kind nie kennenlernen konnten. Die Eltern leiden dann längerfristig darunter, dass ihr Kind dadurch rasch in Vergessenheit gerät (Maurer und Gassmann 2005)

Um ihr kaum gekanntes Kind zu betrauern, ist es für viele Frauen hilfreich bewusst oder unbewusst Symbole, Bilder oder Vergleiche zu gebrauchen. Der Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft oder nach der Geburt ist für Paare ein einschneidendes Ereignis. Die Art des Verlustes verändert das Trauern nicht und sie ist ein notwendiger und schmerzlicher Prozess, der hilft, das Verlustereignis in die eigene Biographie zu integrieren. Für den Verarbeitungsprozess ist die Bindung zum Kind entscheidend. Diese nimmt interessanterweise nicht generell mit der Dauer der Schwangerschaft zu, sondern weist eine sehr persönliche Prägung und Entwicklung auf. Dieser Umstand wird oft von ärztlicher Seite und Umfeld unzureichend verstanden und anerkannt. Das kann unter ungünstigen inneren und äusseren Bedingungen die Verlustverarbeitung erschweren und verzögern (Beutel 2002).

Durch Verständnis und Mitfühlen kann der Trauerprozess positiv unterstützt werden. Sind jedoch eine Chronifizierung der Trauer, depressive Reaktion, Ängste und körperliche Beschwerden zu beobachten, muss mit gezielten Hilfestellungen und Unterstützungen die Tertiärprävention eingeleitet werden. Aufgabe der Hebamme ist es, diese Situation zu erkennen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern. In diesem Zusammenhang sollen auch die Grenzen der Hebammenarbeit respektiert werden.

Als Erkennungsmerkmale nennt Beutel (2002) verschieden klinische Anhaltspunkte für komplizierte Trauer:

- anhaltende, schwere oder zunehmende depressive Verstimmungen
- quälende, anhaltende Schuldgefühle
- Suizidgedanken- und Impulse
- Verlustängste oder unspezifische Ängste
- Bitterkeit, Gereiztheit, Wut
- Zunahme zwischenmenschlicher Konflikte und Entfremdungsgefühle
- «Festhalten» am verlorenen Kind
- Wiedererleben von traumatischen Ereignissen
- Konzentrationsstörungen und vermehrte Schreckhaftigkeit
- psychovegetative Störungen
- sexuelle Störungen
- Medikamenten- und Suchtmittelmissbrauch
- und anderes mehr

Bei der Erhebung der Anamnese soll auf folgende Risikomerkmale geachtet werden, die zu einer komplizierten Trauer nach Fehlgeburt führen können:

- Alleinstehende/adoleszente Mutter
- geringe Schulbildung und geringer sozialer Status
- Zwiespältigkeit hinsichtlich der Schwangerschaft, ev. Abbruchwunsch
- hohe Belastung in Schwangerschaft/im vorausgegangenen Jahr
- Status nach Fehl- oder Totgeburten
- Fertilitätsprobleme
- andere ungelöste Verluste
- unsichere Bindungen
- Psychische Vorbelastung
- belastende Begleitumstände wie fehlender Kontakt zum Kind nach der Geburt
- mangelndes Verständnis/Gesprächsmöglichkeit mit Partner
- und anderes

Um den Verlauf des Trauerprozesses besser einschätzen zu können, skizziert Ditz (2000) ein sogenannt idealtypisches Modell der Bewältigung im Trauerprozesses. Danach verläuft die Trauerreaktion in fünf Phasen. Dieses Modell wurde für die Begleitung des perinatalen Kindstodes entwickelt, kann aber auch hilfreich bei der Fehlgeburtbegleitung sein, insbesondere wenn es in einer fortgeschrittenen Schwangerschaftswoche zur Fehlgeburt kommt.

<p>Phase I (inneres Chaos)</p>	<p>Die betroffene Frau reagiert bei der ersten Konfrontation mit Schock, Verleugnung, Unglaube oder panische Angst. Die Frau befindet sich in einem emotionalen Ausnahmezustand.</p> <p>Diese Phase dauert Stunden bis Tage und wird typischerweise von Weinen, Traurigkeit, Sehnsucht und illusionärem Verkenen begleitet.</p> <p>Die Frau fühlt sich möglicherweise wie abgestorben und erlebt Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit.</p>
<p>Phase II (Verzweiflung)</p>	<p>Zunächst zurückgedrängte Gefühle kommen zum Durchbruch, mit Verzweiflung und dem inneren Drang das Kind zu suchen.</p> <p>Häufig findet man tiefe Enttäuschung, aus der auch Ärger und Wut hervorgehen kann. Diese kann sich möglicherweise auch auf das betreuende Personal richten.</p> <p>Diese Phase kann auch durch belastende Träume begleitet werden.</p>
<p>Phase III (Auflösung)</p>	<p>Nach einigen Monaten werden die Symptome weniger und auch die innere Beschäftigung mit dem Kind nimmt ab.</p> <p>Die Eltern beginnen wieder Interessen an Dingen zu haben und gehen neue Beziehungen ein.</p> <p>Erinnerungen an die Schwangerschaft und das Kind können ohne heftigen Schmerz erfolgen, sondern werden durch positive Gefühle begleitet.</p>
<p>Phase IV (Stabilisierung)</p>	<p>Etwa 1-2 Jahre nach dem Ereignis ist das psychische Gleichgewicht weitgehend wieder hergestellt.</p>
<p>Phase V (längerfristiger Verlauf)</p>	<p>Auch Jahre danach kann es zu Stimmungsschwankungen und Traurigkeit kommen, manchmal auch lebenslange, beispielsweise am errechneten Geburtstermin oder an kulturell festgelegten Gedenktagen.</p>

Auch Ditz (2000) weist nochmals auf den Mangel an greifbaren Beziehungserfahrungen hin, der ein besonderes Einflussmerkmal auf Elterntrauer nach frühem Verlust ist.

... Es taugt die Bitte,
dass bei Sonnenaufgang die Taube
den Zweig vom Ölbaum bringe.
Dass die Frucht so bunt wie die Blüte sei,
dass noch die Blätter der Rose am Boden
eine leuchtende Krone bilden.
Und dass wir aus der Flut,
dass wir aus der Löwengrube und dem feurigen Ofen
immer versehrter und immer heiler
stets von neuem
zu uns selbst
entlassen werden.

4.3. Verarbeitungsmuster

Bergner et al (2009) hat in einer Längsschnittstudie die Verarbeitungsmuster von Frauen, die eine Fehlgeburt im Zeitraum bis und mit der 16. SSW erlitten, untersucht. Über 90% dieser Frauen hatten nach der Fehlgeburt eine Curettage. Sie belegt mit ihren Resultaten, dass eine Fehlgeburt in der Frühschwangerschaft ein belastendes Ereigniss darstellen kann, auf welches die Frauen mit einer Störung des psychischen Gleichgewichts reagieren. Die beobachteten depressiven Symptome nehmen innerhalb eines Jahres deutlich ab, aber rund 20% der Frauen weisen nach mehr als einem Jahr klinisch bedeutsame depressive Symptome auf. Sie beobachtete, dass Frauen nach einer Fehlgeburt verschiedene Verarbeitungsmuster ergriffen:

- **Depressives Verarbeitungsmuster**, gekennzeichnet durch depressiv-schuldhaftige Bewältigungsversuche. Die Frauen nehmen häufig Schuldzuweisungen an sich selber vor. Rückzug von der Umwelt und der Versuch, den Verlust zu bagatellisieren oder zu verleugnen, sind zu beobachten. Aufgrund dieser Beobachtungen kommt Bergner zum Schluss, dass diese Frauen ein erhöhtes Risiko für psychische Befindlichkeitsstörungen sieben Monate nach der Fehlgeburt und bei einer neuen Schwangerschaft haben.
- Frauen mit dem **Muster der ängstlichen Trauer** leiden typischerweise unter einer ausgeprägten Traurigkeit über den Kindsverlust. In Bezug auf eine neue Schwangerschaft treten Ängste vor erneutem Verlust oder die Befürchtung, keine Kinder mehr zu bekommen, auf. Auch diese Frauen ziehen sich von anderen zurück und verfallen häufig in Grübeleien. Gefühle der Wertlosigkeit und Schuldhaftigkeit kommen auf. Auch hier wird versucht, den Verlust zu bagatellisieren. Im Gegensatz zu den depressiven Verarbeitungsmustern findet aber eine intensive Beschäftigung mit der Fehlgeburt statt, und der Verlust wird aktiv betrauert. In einer Folgeschwangerschaft sind Frauen, die Merkmale der ängstlichen Trauer aufweisen, in den ersten Schwangerschaftswochen vermehrt depressiv.
- Das **Muster der aktiven Auseinandersetzung** zeigt entgegen den Erwartungen der Forscherin keine ausgeprägte Traurigkeit über den Verlust. Diese Frauen setzen sich aktiv mit dem Schwangerschaftsverlust auseinander, indem sie sich über Fehlgeburten und ihre Ursachen und Folgen informieren. Sie holen sich ärztlichen Rat und suchen nach neuen Lösungen für ihre Situation. Sie sprechen sich Mut zu und suchen in anderen Bereichen ihres Lebens nach Selbstbestätigung. Sie probieren Abstand zum Geschehen zu gewinnen und einen Sinn darin zu finden. Sie lassen sich gleichzeitig von anderen Personen umsorgen und wenden sich ihnen zu. Die Fehlgeburt führen sie meistens auf natürliche Regulationsprozesse zurück, welche zur Ausstossung eines ohnehin nicht lebensfähigen Kindes geführt hat. Diese Erklärungsmodelle werden den Frauen von Ärztinnen oft gegeben. Eine aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt besitzt zwar für ihre mittel- und langfristige psychische Anpassung keine Vorhersagekraft, wirkt aber als wesentlicher protektiver Faktor in hinsichtlich geringerer Zustands-

ängste in den ersten Wochen der Folgeschwangerschaft. Es wird darum als adaptives Verarbeitungsmuster bewertet.

Bergner vermutet, dass das Muster der aktiven Auseinandersetzung darum adaptiv wirkt, weil es sich auf die Bewältigung der Kränkung ihres weiblichen Selbstverständnisses richtet, welches den Frauen mit dem Ereignis einer Fehlgeburt wiederfahren ist. Denn Frauen sind nach einer Fehlgeburt nicht nur mit der Trauer um den Verlust konfrontiert, sondern vorallem auch mit Enttäuschung, Schuldgefühlen und Selbstwertproblemen. Durch die aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt, leugnet die Frau offenbar die Verletzung des Selbstwertgefühls weniger. Vielmehr aktiviert sie Ressourcen um ihr narzistisches Gleichgewicht wieder zu erlangen und zwar ohne die die mit dem Schwangerschaftsverlust verbundenen Emotionen zu verdrängen.

Die beiden erstgenannten Muster sind als Prädiktoren für eine längerfristige depressive beziehungsweise Angstsymptomatik mit pathologischem Trauerverlauf nach Schwangerschaftsverlust verbunden. Die beobachteten Merkmale «Ängste vor erneutem Schwangerschaftsverlust», «Neid auf andere Schwangere und Mütter» und «Schuldzuweisungen an die eigene Person» sind bei starker Ausprägung typische Zeichen einer maladaptiven Bewältigung der Fehlgeburt.

Als protektive Faktoren, um vor Ängsten in der Folgeschwangerschaft geschützt zu sein, wurde die Unterstützung des Partners ermittelt. Eine intakte Paarbeziehung stellt für die Frau eine wesentliche soziale Ressource dar, die nicht nur Trost vermittelt, sondern auch zu Anerkennung in der Situation führt, in welcher die Frau über ihre eigene Reproduktionsfähigkeit unsicher ist und eine erneute Fehlgeburt fürchtet.

Frauen mit einem höheren Bildungsniveau zeigen tendenziell adaptivere Bewältigungsmechanismen. Als Risiko hingegen zeigt sich eine hohe Belastung durch Trennungen oder Scheidungen. Der frühe Verlust ist eine Belastung für die Frau, jedoch kann der grösste Teil der Frauen das Ereignis gut verarbeiten und hat spätestens nach einem Jahr ein inneres Gleichgewicht wiedererlangt. Frauen mit Risikomerkmale sollten entsprechenden Behandlungs- und Begleitungsangebote angeboten werden.

4.4. Salutogenese

Durch das Wissen um adaptive Bewältigungsmuster und präventiver Faktoren in der Hebammenarbeit drängt sich das Thema Salutogenese und Kohärenzgefühl auf.

Die Grundfrage der Salutogenese lautet: Was erhält uns gesund? Es soll damit die salutogenetische Fragestellung im Vordergrund sein und die pathogenetische Fragestellung, eine typisch medizinisch geprägte Sichtweise rückt aus dem Blickfeld. Zu Recht, denn wesentlich bleiben auch in einem Moment der grossen Krise die Fragen was hält mich, was stärkt mich und hilft, dass ich «heil» bleiben kann?

Antonowsky (1993) war der Meinung, dass Krankheit und Gesundheit nie als absolut und in einer Solorolle auftreten. Nein, sie bilden eine Einheit und sind voneinander abhängig. Sie stellen sozusagen ein Kontinuum dar, an dessen einen Seite die Krankheit und an der anderen die Gesundheit steht und die in wechselnder Ausprägung mehr oder weniger Platz einnehmen. Aus seiner Sicht ist jeder Mensch in einem Grundgefühl des Verstehens der Situation, der Erfahrung, das Leben als sinnhaft empfinden zu können und einem ausgeprägten Mass an Vertrauen in die Handhabbarkeit der aktuellen Lebenssituation. Diese Komponenten nannte er die tragenden Säulen des Kohärenzgefühls:

- **Verstehbarkeit:** Bezeichnet die Fähigkeit, mit der innere oder äussere Reize und krisenhafte Ereignisse aufgenommen, verarbeitet, eingeordnet und vorhergesehen werden können. Auch plötzlich auftretende Situationen können realistisch beurteilt und eingeordnet werden.

- **Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit:** Bezeichnet die Fähigkeit, sich mit dem eingetretenen Ereignis angemessen auseinandersetzen zu können, es anzunehmen und zu bewältigen, um schlussendlich ein gutes persönliches Ergebnis daraus ziehen zu können und die Konsequenzen daraus tragen zu können.
- **Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit:** Bezeichnet das Gefühl, dass das was einem im Leben wiederfährt, einen Sinn oder eine tiefere Bedeutung hat. Ereignisse können als eine Herausforderung angeschaut werden, für die sich ein vertieftes Engagement lohnt.

Antonovsky versteht das Kohärenzgefühl nicht als Ressource, sondern als eine übergeordnete Steuerungsinstanz, die bei starker Ausprägung es dem Menschen möglich macht, offen, bereit und beweglich auf die Anforderungen, die das Leben mit sich bringt, einzugehen und sie wohlbehalten zu durchleben. Es aktiviert bei Bedarf die notwendigen Ressourcen, die zur Situationsbewältigung geeignet sind.

Die Entwicklung des Kohärenzgefühl passiert gleichzeitig mit der allgemeinen menschlichen Entwicklung. Sinnhaftigkeit entfaltet sich, indem ich auch zukünftige Momente der Hoffnung und der Furcht in die Gegenwart meiner Lebenserzählung hineinnehme (Schiffer 2001). Schiffer bemerkt zur Sinnfrage weiter:

Sinn ergibt sich aus dem existenziellen Wagnis eines jeden einzelnen – einmaligen – Menschen für sich selbst. Damit es keine blinde Entscheidung wird, bedarf es des Dialoges und der Dialogfähigkeit. Letztere können wir im salutogenetischen Sinne fördern (2002:146).

Die verschiedenen intensiven Herausforderungen des Lebens an einen Mensch bezeichnet Antonovsky als Stressoren. Diese können endogener oder exogener Herkunft sein. Sie stören das Gleichgewicht im Organismus und müssen durch nichtautomatische und nicht unmittelbar verfügbare Handlungen bearbeitet werden, welche Energie verbrauchen. Jeder Mensch verfügt aber auf der Gegenseite auch über vielfältige Widerstandsressourcen, die die Grundbasis seiner Lebenskraft und Fähigkeit zur Auseinandersetzung bildet.

Das Modell der Salutogenese und dem Kohärenzgefühl Antonovskys kann in der konkreten Arbeit mit einer Frau in der Verlustsituation hilfreich sein, um effektiv und wirkungsvoll zu arbeiten. Es hat auch eine äusserst positive Ausstrahlung, weil man damit auf Schatzsuche mit der Frau geht und gemeinsam deren Fähigkeiten, «dem was sowieso in ihr steckt», als «Arbeitsmaterial» verwendet.

Auf die Frage «lernen wir nur aus Krisen?» meint Wais (2009):

«Eine persönliche Krise oder ein aufwühlendes Ereignis geben immer den Anlass. Aber das Problem liegt nicht in der Krise selbst, sondern im <Aufforderungscharakter>.

Entscheidend ist in solchen Momenten, die übergeordnete Sichtweise zu finden, im Fluss des Lebens die Sinnhaftigkeit zu entdecken. Denn die Gegenwart ist mehr als nur das Resultat der Vergangenheit. Vorallem geht es auch darum, die Angst vor Veränderungen zu überwinden. Mit jedem Bruch entdecke ich neue Seiten und Möglichkeiten in mir und sehe: <Ja, auch diese Entwicklungschance steckt in mir.>

Zum Abschluss dieses Kapitels einige Gedanken von Nijs (2003:25), welche nochmals auf die positiven Effekte des Verlustes und Trauerns und den lebenslangen Einfluss auf die eigene Biographie beschreibt:

«Trauern hat seine Zeit – ein Leben lang leben wir mit unserer Trauer. Die Trauer nimmt sich ihre Zeit; denn manchmal sind die Gefühle so überwältigend, dass wir uns ihnen einfach stellen müssen. Und: wir müssen der Trauer Zeit und Raum geben, uns bewusst entscheiden, den Prozes zu durchleben. Eltern können nicht über den Tod ihres Kindes <hinweg kommen>. Sie können niemals dorthin zurückkehren, wo sie vor diesem Verlust wa-

ren. Sie können sich auf den Weg zu einem anderen, einem neuen, bisher unbekanntem Ort machen. Ihre Trauer ist zu einem Teil der Fäden geworden, aus denen ihre Identität gewebt ist.»

Bitte von Hilde Domin (1987)

Wir werden eingetaucht
und mit dem Wasser der Sintflut gewaschen,
wir werden durchnässt
bis auf die Herzhaut.

Der Wunsch nach der Landschaft
diesseits der Tränengrenze

taugt nicht,
der Wunsch, den Blütenfrühling zu halten,
der Wunsch, verschont zu bleiben,
taugt nicht.

Es taugt die Bitte,
dass bei Sonnenaufgang die Taube
den Zweig vom Ölbaum bringe.
Dass die Frucht so bunt wie die Blüte sei,
dass noch die Blätter der Rose am Boden
eine leuchtende Krone bilden.
Und dass wir aus der Flut,
dass wir aus der Löwengrube und dem feurigen Ofen
immer versehrter und immer heiler
stets von neuem
zu uns selbst
entlassen werden.

5. Hebammendiagnosen und Pflegeschwerpunkte

5.1. Betreuung von Frauen mit einer Fehlgeburt

Wie bereits erwähnt wurde, kann eine Frau mit einer Fehlgeburt von verschiedenen Problemen betroffen sein. Dies ist unabhängig davon, ob sie eine spontane Fehlgeburt oder eine Curettage hatte. Hebammendiagnosen bieten die Möglichkeit, Hebammenarbeit effektiv, zielorientiert und wirksam zu planen und durchzuführen. Der nachfolgende Text wurde mit Hilfe der Fachliteratur «Pflegediagnosen und Massnahmen» von Doenges et al (2002) und «Hebammenarbeit von Cignacco» (2006) erarbeitet.

5.2. Unwirksames Verleugnen

Es bezeichnet den Zustand eines bewussten oder unbewussten Versuchs, das Wissen oder die Bedeutung eines Ereignisses zu verleugnen, um Angst oder Furcht zu verringern.

Merkmale: Die Frau erscheint sehr gefasst und ruhig. Sie ist unter Umständen von ihren Körperempfindungen abgeschnitten und die Artikulation eigener Gefühle fällt schwer. Die Kommunikation der Frau mit sich selber, dem Kind und der Umgebung ist erschwert oder abgebrochen. Oder sie zeigt unangemessenen Affekt im Sinne von Aussagen wie «das kann doch nicht sein», «das Ultraschallgerät funktioniert nicht richtig» oder Ähnliches. Auch der Wunsch, dass alles möglichst schnell vorbei sein soll und dass das Kind noch heute mit einer Operation entfernt werden soll, kann ein Ausdruck für unwirksames Verleugnen sein. Es ist ein hilfloser Versuch das Unfassbare, Schreckliches ungeschehen zu machen. Wie oben erläutert, birgt ein vorschnelles medizinisches Handeln das Risiko, dass die Frau einen erschwerten Anschluss an ihre innere gefühlsmässige Realität findet. Der Wunsch der Betroffenen und der Fachpersonen die schmerzliche Situation rasch zu beseitigen, ist normal. Er stört jedoch den Prozess des Abschiednehmens massiv, da kein Schritt im Trauerprozess übersprungen werden kann. Vielmehr verbirgt sich hinter vorschnellem Handeln die Gefahr von erschwertem Trauern.

Pflegeschwerpunkte und Massnahmen:

- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Frau/Paar und der Hebamme.
- Für eine sichere und nichtbedrohliche Umgebung sorgen.
- Ermutigen, Gefühle zum Ausdruck zu bringen, bei gleichzeitigem Akzeptieren der Sichtweise, die die Frau von der Situation hat, ohne zu konfrontieren.
- Vermitteln von genauen Informationen. Den Realitätsbezug fördern.
- In einem späteren Schritt die Frau/das Paar ermutigen mit anderen Bezugspersonen zu sprechen, um Isolation zu vermeiden.

5.3. Machtlosigkeit und Kontrollverlust

Merkmale: Machtlosigkeit ist die Wahrnehmung einer fehlenden Fähigkeit den Ausgang einer aktuellen Situation oder eines unmittelbaren Geschehens handelnd (verstehend oder entscheidend) beeinflussen zu können.

Kontrollverlust beschreibt die Situation des Unvermögens, das momentane Ereignis durch eigenes Handeln beeinflussen zu können. Wird die Frau mit der Diagnose Fehlgeburt konfrontiert, reagiert sie oft mit Gefühlen des Überwältigtseins, Hilflosigkeit und Machtlosigkeit. Es kann zu einem Zustand der Erstarrung, Apathie oder Resignation kommen. Der Umstand, dass die Frau

in einer fremden Umgebung ist und situationsbedingt unter Umständen die verwendeten Fachausdrücke und Informationen nicht adäquat aufnehmen und verarbeiten kann, verstärkt die Symptomatik zusätzlich.

Agressives Verhalten des Partners kann unter Umständen auch Ausdruck tiefer Hilflosigkeit und Angst um seine Partnerin sein. Muss die Frau eine Curettage machen lassen, können die Gefühle des Kontrollverlustes durch die Situation auf dem Operationstisch zu liegen, hilflos ausgeliefert, ohne Möglichkeit sich zu entfernen und eine Narkose zu erhalten, zusätzlich verstärkt werden. Die Frage, was passiert mit mir und meinem Kind während des Eingriffs und danach, ist hochakut. Die Frau hat unter Umständen schreckliche innere Bilder und Vorstellungen, was mit ihrem Körper passiert, und auch der Gedanke, dass das Kind durch den Eingriff zusätzliche Verletzungen erfährt, kann einen Einfluss auf die Gefühlslage der Frau haben.

Pflegeschwerpunkte und Massnahmen:

- Sich Zeit nehmen für die Frau und keine überstürzten Handlungen vollziehen ausser die aktuelle Situation sei für die Frau lebensbedrohlich.
- Der Frau Zeit und Raum für ihre Artikulationen lassen.
- Der Frau/dem Paar die Informationen vermitteln die sie zur Stärkung ihres Sicherheitsgefühls brauchen.
- Keine Eingriffe und Interventionen, ohne die Frau zu informieren und ihr Einverständnis eingeholt zu haben.
- Intimsphäre schützen und gegebenenfalls dafür sorgen, dass nicht zuviele verschiedene Personen in die Betreuung involviert sind.
- Selbstbestimmung fördern, denn die Frau entscheidet was sie will, sie ist die Hauptperson im Entscheidungsprozess.
- Erkennen und Anwenden der vorhandenen Ressourcen der Frau. Der Frau helfen zu erkennen was sie selber in dieser Situation für sich tun kann und sie ermutigen, aktiv Verantwortung für ihre eigenen Entscheidungen und Handlungen zu übernehmen.
- Die Frau darin unterstützen Anschluss an ihre gefühlsmässige Realität zu bekommen und die eigene Kompetenz in dieser schwierigen Situation zu behalten, da sie dadurch ungeahnte Kräfte und Fähigkeiten mobilisieren kann.

5.4. Wissensdefizit

Bedeutet einen Mangel oder ein Fehlen an kognitiven Informationen zu einem bestimmten Thema. Diese sind nötig, damit die Frau sinnvolle Entscheidungen im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand sowie den weiteren Therapien und Massnahmen treffen kann.

Merkmale: Das Wissensdefizit kann besonders in der Phase der Diagnostik auftreten, wenn die betreuenden Fachpersonen noch nicht genaue Angaben machen können, vielleicht noch gar nicht eine Vermutung geäussert haben, die Frau jedoch intuitiv spürt, dass etwas nicht stimmt. Das Wissensdefizit verstärkt das Gefühl von Hilflosigkeit. Besonders im Umgang mit Migrantinnen kann sich diese Problematik verstärken, da möglicherweise sprachliche und kulturelle Barrieren vorhanden sind und die betreffende Person eine andere Sozialisation im Umgang mit Schmerz und Verlust erfahren hat. Das mögliche Fehlen eines tragenden sozialen Umfeldes kommt in solchen Situationen noch erschwerend dazu. Eigene Vorstellungen, Ängste und Mythen/Fehlinformationen über Fehlgeburt können einen negativ Einfluss auf den Zustand der Frau haben. So kann sie beispielsweise befürchten, dass sie durch das tote Kind in ihrem Bauch massiv gefährdet ist, was wiederum in ihr den Wunsch weckt, sofort operiert zu werden.

Pflegeschwerpunkte und Massnahmen:

- Die Frau wird in ihrer Selbstwahrnehmung gefördert und unterstützt. Sie erhält Informationen wie sie Zeichen und Symptome im Krankheitsverlauf (Bsp. Temperaturkontrolle) selber erkennen kann und übernimmt so wiederum Selbstverantwortung. Sie wird durch die Hebamme in ihrer Selbstwahrnehmungen bestätigt.
- Eine adäquate transparente Kommunikation zwischen Hebamme und Frau ist gewährleistet. Informationen werden bedürfnisgerecht vermittelt.

5.5. Körperbildstörung

Unklarheit und Verwirrung des mentalen Bildes des körperlichen Selbst einer Frau. Die Frau nimmt ihren Körper nicht mehr als einen unterstützenden Teil für ihr Selbstwertgefühl wahr. Vielmehr ist er durch die Fehlgeburt zu einem belasteten Ort geworden. In der Wahrnehmung der Frau hat der Körper ihr sozusagen den «Dienst» verweigert.

Merkmale: Die Frau äussert Gefühle über eine veränderte oder verminderte Wahrnehmung ihres Körpers wie Depersonalisierung des Körperteils oder dessen Verlustes durch unpersönliche Fürwörter. Die Frau benennt beispielsweise nicht mehr ihren Bauch, die Gebärmutter oder Vagina mit Namen, sondern spricht über «das da unten». Geht einher mit ausgeprägtem Desinteresse an den körperlichen Vorgängen bei der Fehlgeburt. Die Frau äussert negative Gefühle über ihren Körper und vermeidet Eigenberührungen. Auch Gefühle der Entfremdung deuten auf die Problematik hin.

Pflegeschwerpunkte und Massnahmen:

- Im Einverständnis mit der Frau fördert die Hebamme die Eigenwahrnehmung der Frau durch Berührung, Massagen und Körperarbeit. Sie benennt im Umgang mit der Frau die einzelnen Körperteile und Körpervorgänge welche an der Fehlgeburt beteiligt sind mit klaren Worten. Die Wortwahl soll so gewählt werden, dass keine zusätzlichen Verletzungen stattfinden.
- Die Hebamme achtet in ihren Worten die durch die Frau erbrachten Vorgänge. Beispielsweise die einsetzende Laktation würdigen.
- Das selbstbestimmte Erleben einer spontanen Fehlgeburt kann von der Frau als kraftvoller, positiver Akt erlebt werden, bei dem sie erfährt welche Fähigkeiten der Selbstregulation ihr Körper hat.

6. Bedeutung von Sprache und Kommunikation

Im Zusammenhang mit Fehlgeburten wird oft von Abort, Leibesfrucht, Abgang, Restmaterial und anderen medizinisch geprägten Ausdrücken gesprochen (Goerke 2002, Schneider et al 2006). Möglicherweise die dadurch ausgedrückte professionelle Distanz eine Handlungsstrategie des Fachpersonals, die oftmals schwerwiegenden Sachverhalte überhaupt selber aushalten zu können. Wie dem auch immer sei, auf jeden Fall besteht grosse Gefahr, dass in dieser Phase der höchsten Verletzlichkeit, der Frau/dem Paar durch unachtsamen sprachliche Äusserungen noch mehr Schmerz zugefügt wird. Viele Frauen berichten von unachtsamen Äusserungen, die tief verletzend sein können.

Moser und Hecking (2006) schreiben, dass eine einfühlsame, lyrisch-poetische Sprache dabei helfen kann, sich dem Unbegreiflichen anzunähern und der Trauer Ausdruck zu verleihen. Worte wie kleines Kind, Sternschnuppe, Engelskind oder auch ein bereits ausgewählter Name für das Kind sind in diesem Fall rücksichtsvoller und wertschätzend. Eine zu bildreiche Sprache birgt aber auch das Risiko, dass die Eltern ihr Kind nicht als konkretes reales Kind wahrnehmen und sich von ihm verabschieden.

Aber auch Sprachlosigkeit und Totschweigen des Verlustes sind Faktoren, die den Trauerprozess sehr hemmen können. Frauen haben das Gefühl nicht um dieses Kind weinen zu dürfen. Auch Ärztinnen und Hebammen sind nicht davor gefeit, in eine unglückliche Kommunikationsart zu geraten.

Maurer und Gassmann (2005) weisen darauf hin, dass bei eigenen unreflektierten Verlust Erfahrungen die Hebamme unbewusst aus ihrer Prägung heraus unpassende Reaktionsweisen zeigt: Ein fachlich korrektes Verhalten, medizinische Erklärungen und Handlungen, der Verweis auf Fakten könne Ausdruck dafür sein, dass die Hebamme in Distanz zum Geschehen bleibt und gewissermassen in Situationen der Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit in ein geschäftiges Erledigen kommt, um diesen Zustand nicht aushalten zu müssen. Demgegenüber verhindert aber auch Distanzlosigkeit eine professionelle Betreuung.

«Man muss bei sich selbst gewesen sein, um zum anderen ausgehen zu können» (Buber 1985)

Professionelle Begleitung in Verlustsituationen bedeutet in diesem Fall, sich seiner eigenen Verlust Erfahrungen bewusst zu sein, der Frau ihren eigenen Umgang mit dem Verlust zu ermöglichen und sie in ihren Copingstrategien zu unterstützen. Oder nach Nijs (2003a) müssen wir uns mit unserer eigenen Endlichkeit und mit unserer Trauer um den Verlust geliebter Menschen auseinandergesetzt haben, um dann offen auf eine trauernde Person zugehen zu können.»

Im Internationalen Ethik-Kodex für Hebammen Teil III (1994) heisst es zur professionellen Verantwortung der Hebamme:

«Hebammen sind für ihre Entscheidungen, ihr Handeln sowie für die Konsequenzen, die daraus bei der Betreuung der Frauen entstehen können, verantwortlich.» In Teil II heisst es weiter «Hebammen gehen bei den Frauen, die ihre Unterstützung suchen, auf deren psychologische, physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse ein, wie auch immer die Umstände sein mögen.»

Ein anderes Phänomen im Zusammenhang mit der Fehlgeburt ist das Totschweigen. Das Umfeld des Paares und vielleicht auch die in die Betreuung involvierten Fachpersonen erwähnen das verlorene Kind mit keinem Wort, als könne damit sein Tod ungeschehen gemacht werden. Frauen hören in solchen Situationen oft, dass sie ja noch jung seien und wieder schwanger werden können und das ein nächstes lebend geborenes Kind das Verstorbene ersetzen könne.

Mit dieser Aussage ist ein Nicht-Anerkennen der Einzigartigkeit des verstorbenen Kindes verbunden (Nijs 2003b)

Das Erleben einer Fehlgeburt ist nach wie vor in unserer Gesellschaft ein Tabuthema und lässt Betroffene in eine Situation der Isolation geraten, in der sie glauben, dass sie die einzigen seien, die dieses Schicksal erleiden und ihnen den Zugang zu Mitmenschen, die sie empathisch durch diese Krise begleiten könnten, verwehrt bleibt.

Durch meine Arbeit am Thema Fehlgeburt habe ich selber erfahren wie viele Frauen in ihrem Leben von Fehlgeburt betroffen sind. In den Gesprächen mit Betroffenen haben sich in solchen Momenten Schleusen geöffnet und die Geschichten, Gefühle, Verletzungen und Gedanken, die sich oft über Jahre angestaut haben, drängten nach aussen.

7. Schlussfolgerungen

Ist «die Begleitung der spontanen Fehlgeburt eine Hebammenaufgabe?» war die erste Ausgangsfrage dieser Arbeit im Hinblick auf die Wahrnehmung, dass die Begleitung einer frühen Fehlgeburt bislang in der Hebammenarbeit eher ein Randthema ist, mit dem Hebammen am ehesten bei der Arbeit auf dem gynäkologischen Notfall und der Gynyiabteilung konfrontiert wurden.

In Anbetracht der Häufigkeit von Fehlgeburten begegnen wir in unserer täglichen Hebammenarbeit immer wieder Frauen, die davon betroffen sind. In den ersten Kapiteln wurden die mögliche Wirkung einer Fehlgeburt auf den unmittelbaren Gesundheitszustand der Frau, auf eine nachfolgende Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft sowie gegebenenfalls sogar auf ihren weiteren Lebensweg ausgelegt. Auf diesem Hintergrund ist eine vertiefere Auseinandersetzung mit der Thematik aus einer Hebammenperspektive und eine professionelle Begleitung der Frau aus meiner Sicht unumgänglich.

Nach dieser Klärung und Bejahung der «Zuständigkeit» stellt sich unmittelbar die zweite Ausgangsfrage «Wie können Hebammen von Fehlgeburt betroffene Frauen effektiv beraten und betreuen?» Dazu wurden in dieser Arbeit verschiedene Aspekte der Fehlgeburt betrachtet:

- Grundlagen für die Entscheidungsfindung
- Bedingungen, die zur spontanen Fehlgeburt mit Hebammenbegleitung zu erfüllen sind
- Skizzierung eines Begleitungsmodells für Hebammen bei Fehlgeburt

Im Hinblick auf die zukünftige reproduktive und mentale Gesundheit von Frauen, ist es wünschenswert, dass Hebammen ein lebhaftes Interesse daran haben, wie mit Fehlgeburten umgegangen wird. Ein gesundheitsförderndes und gesunderhaltendes Management der Fehlgeburt ist anzustreben.

Aus der Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung ergibt sich aus meiner Sicht die Schlussfolgerung, dass dieses Ziel unter anderem dadurch verfolgt werden kann, indem wir als Hebammen aber auch aus einer gesellschaftlichen Perspektive Fehlgeburten als ein natürlich vorkommendes Ereignis im Leben einer Frau betrachten, das eine entsprechende Aufmerksamkeit bedarf und angemessen begleitet werden kann und sollte.

Dabei sollen Frauen insbesondere einen freien Zugang zu Informationen über mögliche Formen der Begleitung/des Managements bei Fehlgeburt bekommen, damit sie informiert und selbstbestimmt entscheiden können. Um zu vermeiden, dass sich Frauen im ersten Moment des üblichen Schocks nach der Diagnose einer drohenden oder bereits begonnenen Fehlgeburt überstürzt für den vermeintlich einzigen Weg einer Curretage entscheiden, um das Geschehen möglichst schnell hinter sich zu bringen und vergessen zu können, ist es Aufgabe der Hebamme im Sinne eines «Informed Choice» den Frauen Vor- und Nachteile ihrer Wahl und mögliche weitere, ebenso sinnvolle Optionen aufzuzeigen.

Unabhängig vom medizinisch angezeigten Management ist ein ausreichend reflektierter Umgang mit den möglichen Wirkungen in unterschiedlichen Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial; kurz- und langfristig), die eine spontane Fehlgeburt für die Frau haben kann, wichtig: «Banale» Fehler, die aber je nach Konstellation gravierene Nachwirkungen haben, sind unbedingt zu vermeiden, wie beispielsweise einer Frau in guter Absicht Mut machen zu wollen und ihr zu sagen «es ist ja nicht so schlimm, da sie ja wieder schwanger werden könne» (vgl. Kap. 6).

Andererseits ist auch zu sehen, dass eine Hebamme in dieser Situation nur einen beschränkten Einfluss hat, da die Frau nach Behandlungsabschluss des akuten Fehlgeburts geschens sich ihren Weg selbst suchen muss und in der Schweiz anders als beispielsweise in Schweden oder England keine institutionelles Follow-up vorgesehen ist. Sicher kann die Hebamme Wege aufzeigen und die Frau motivieren und darauf hoffen, dass sie bei ernsthaften und längerdauernden Beeinträchtigungen ihrer mentalen Gesundheit Hilfe beansprucht.

Dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Fachgruppen auch bei der Fehlgeburt wichtig ist, versteht sich von selbst.

Die im Rahmen dieser Arbeit zusammengetragenen Betrachtungen geben dabei starke Hinweise, dass durch Hebammen begleitete Fehlgeburten den Vorteil haben, besonders den Kriterien von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu entsprechen. Sicher ist in dieser Hinsicht aber auch allgemein weitere Forschungsarbeit zu den Vor- und Nachteilen der einzelnen Managementmöglichkeiten bei spontaner Fehlgeburt sowie zum psycho-sozialen Verarbeitungsprozess nach abwartendem und aktivem Management wünschenswert.

Für mich persönlich wünsche ich mir, dass ich in meiner zukünftigen Tätigkeit als Hebamme praktische Erfahrungen mit der Begleitung von Fehlgeburten machen kann und so meine theoretisch gewonnen Fähigkeiten aktiv in die Praxis zu transferieren vermag. Mit dem neuerworbenen Fachwissen über Fehlgeburten hat sich mein Blick auf die Frau, welche in ihrer Anamnese eine Fehlgeburt aufweist, verändert und ein Einfluss auf mein Denken und Handeln im geburtshilflichen Prozess ist spürbar.

Obwohl ich mich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt habe, konnte ich nur einige Aspekte vertiefen, manches streifen und feststellen, dass Vieles noch im Verborgenen auf Aufarbeitung wartet.

8. Literaturverzeichnis

- Alef Thorstensen K 2000 Midwifery Management of first Trimester Bleeding and early Pregnancy loss *Journal of Midwifery & Woman's Health* **45**(6):481-497
- Ausbildungsunterlagen der Hebammenschule Bern: Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen Deutsche Übersetzung vom 3.5.1994
- Bergner A, Beyer R, Klapp B, Rauchfuss M 2009 Trauer, Bewältigung und subjektive Ursachenzuschreibungen nach Frühaborten: Adaptivität von Verarbeitungsmustern untersucht in einer Längsschnittstudie *Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* **59** (2):57-67
- Beutel M 2002 *Der frühe Verlust eines Kindes* 2.Aufl- Hogrefe Verlag Göttingen
- Canacakis J 1999 ich sehe deine Tränen In: Ich sehe deine Tränen 3. Aufl Kreuz Verlag Stuttgart S 42-47
- Ditz S 2000 Totgeburt In: Neises M, Ditz S Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde Thieme Verlag Stuttgart S 212-221
- Domin H 1987 *Gesammelte Gedichte* 3.Aufl S.Fischer Frankfurt
- Eirich M 2009 Ich würde es wieder so machen *Hebammenforum* **4** S 282-284
- Faller A, Schünke M 2004 Fetalentwicklung In: Der Körper des Menschen 14. Aufl Thieme Verlag Stuttgart S 571-573
- Frost J et al 2007 *The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage* *Sociology of Health & Illness* **29**(7):1003-1022
- Gassmann M-C, Maurer F 2005 Wochenbettpflege In: Wochenbett bei Kindsverlust Dossier Hebammenqualitätszirkel Bern S 44-47
- Gassmann M-C, Maurer F 2005a Verlust, Verletzung und Trauer In: Wochenbett bei Kindsverlust Dossier Hebammenqualitätszirkel Bern S 15-22
- Goerke K, Bazlen U 2002 Pathologische Schwangerschaft In: PFLEGE KONKRET Gynäkologie Geburtshilfe Urban und Fischer Verlag München S 238-267
- Hähnlein K 2001 Wenn ein Kind stirbt *Hebammenforum* **3**:170-171
- Harder U 2003 Betreuung nach Kindsverlust In: Harder U Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause 1.Aufl. Hippokratesverlag Stuttgart S158-168
- Hecking D, Moser Brassel C 2006 Wenn Geburt und Tod zusammenfallen *Ökumenische Arbeitshilfe für Seelsorgerinnen und Seelsorger* Theologischer Verlag Zürich
- Höfer S 2007 Physiologie und Psychologie der Schwangerschaft In: Geist et al Hebammenkunde 4. Aufl. Hippokrates Verlag Stuttgart S 114-122
- Kirchner S 2007 Embryonale und plazentare Entwicklung In: Geist et al Hebammenkunde Hippokratesverlag Stuttgart S 96-102
- Lawrence R.A., Lawrence R.M. 2005 *Breastfeeding a guide for the medical profession* 6th ed. Elsevier Mosby Verlag Philadelphia
- Leuenberger M 2009 Sich selbst begegnen (ein Interview mit Mathias Wais) *Weleda Nachrichten* **252**:18-19
- Lothrop H 1998 Wenn es uns trifft In: Gute Hoffnung-jähres Ende Kösel Verlag München S 52-108
- Luyben A, Stiefel A 2007 Bedeutung psychosozialer Probleme für den Schwangerschaftsverlauf In: Geist et al Hebammenkunde 4. Aufl. Hippokrates Verlag Stuttgart S 191-192
- Mändle C 2007 Störungen in der Frühschwangerschaft In: Mändle C, Opitz S Das Hebammenbuch Schattauer Verlag Stuttgart S183-189
- Maris B 2007 Vom Himmel geschenkt, vom Tod genommen In: In Liebe empfangen-und dennoch gegangen Bewältigung und Sinnfindung bei Fehlgeburten Urachhaus Verlag Stuttgart S 19-54

- Marzusch A, Pildner von Steinburg S 2006 Frühschwangerschaft: klinische Aspekte In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM Die Geburtshilfe 3. Aufl. Springer Verlag Heidelberg S 18-29
- Mörgeli C, Wunderlich U 2002 Mumifizierte Überreste eines Fötus In: Über dem Grabe geboren, Kindsnöte in Medizin und Kunst Benteli Verlag Bern S 48
- Nanda K et al 2009 Expectant care versus surgical treatment for miscarriage (Review) The Cochrane Collaboration 3:1-28
- Nijs M 2003a Begleitung von trauernden Familien als Aufgabe für das geburtshilfliche Team und andere professionelle Helfende In: Trauern hat seine Zeit 2.Aufl. Hogrefe Verlag Göttingen S 159-172
- Nijs M 2003b Beziehungen zu anderen Menschen In: Trauern hat seine Zeit 2.Aufl. Hogrefe Verlag Göttingen S 159-172
- Rauchfuss M 2000 Abort In: Neises M, Ditz S Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde Thieme Verlag Stuttgart S 178-190
- Rockel-Loenhoff A 2009 Begleitung bei Fehlgeburt Weiterbildung der Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod am 21.11.2009 in Bern (Mündliche Mitteilungen der Referentin wurden von der Autorin der Diplomarbeit zu einem Text verarbeitet)
- Rohman M 2007 Physiologische Abläufe im mütterlichen Körper während der Schwangerschaft In: Mändle C, Opitz S Das Hebammenbuch 5. Aufl. Schattauer Verlag Stuttgart S 114-136
- Schiffer E 2001 Wie Gesundheit entsteht Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung 5. Aufl Beltz Verlag Weinheim
- Schmid V 2009 Unveröffentlichte schriftliche Information vom 17.08.2009
- Schneeberger S, Schwärzler P 2001 Management von spontanen Fehlgeburten im ersten Trimenon: Zuwartendes Verhalten versus Abortkürrettage-neue Kriterien zur Patientenselektion In: Speculum-Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 19 (2) :8-13
- Stillhard T 2008 Der frühe Kindstod unveröffentlichtes Manuskript einer Weiterbildung an der Universitätsfrauenklinik Basel
- Struthmann S 2007 Hausgeburtshilfe In: Mändle C, Opitz S Das Hebammenbuch 5. Aufl. Schattauer Verlag Stuttgart S 378-392
- Trautmann K, Siedentopf F, Rauchfuss M 2004 Die Fehlgeburt In: Beckermann M, Pearl F Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe 1.Aufl. Schwabe Verlag Basel S 1020-1057
- Weeks A. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage: RHL commentary (last revised: 15 December 2006). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization zugegriffen am 30.01.2010 auf http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/miscarriage/awcom1/en/, [Zugegriffen am 30.1.2010]
- Wimmer-Puchinger B 1992 Anpassung an die Schwangerschaft In: Schwangerschaft als Krise Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen Springer Verlag Berlin S 85-95
- www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/management-early-pregnancy-loss-green-top-25 [Zugegriffen am 30.1.2010]
- Zeller-Forster F 2004 Verlust/Trauer In: Käppeli S (Hrsg) Pflegekonzepte: Pänomen im Erleben von Krankheit und Umfeld Hans Huber Verlag Bern S 119-132
- Zimmermann R 2006 Alloimmunerkrankungen In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM Die Geburtshilfe 3.Aufl. Springer Verlag Heidelberg S 416-425

Bibliographie

- Antonovsky A, Franke A 1997 Salutogenese Zur Entmystifizierung der Gesundheit DGVT Verlag Tübingen
- Cignacco E, Georg J 2006 Hebammendiagnosen und deren Bedeutung für die Professionalisierung des Hebammenberufes In: Cignacco E (Hrsg) Hebammenarbeit Hans Huber Verlag Bern

- Doenges M et al 2002 Pflegediagnosen und Massnahmen 3.Aufl Hans Huber Verlag Bern
- Hemmerich F 2000 In den Tod geboren Ein Weg für Eltern und Helfer bei Fehlgeburt, Abbruch und Tod Hygias Verlag Westheim
- Näf E 1994 Zur psychosozialen Pflege von Frauen mit einer Fehlgeburt Unpublizierte Diplomarbeit Stufe II, Höheren Fachausbildung Pflege, Aarau
- Riecher-Rössler A, Bitzer J 2005 Frauengesundheit Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis Urban und Fischer Verlag München
- Schaub H 2009 Abort in der Frühschwangerschaft Unpublizierte Abschlussarbeit Stufe I, Höhere Fachausbildung Pflege, Aarau

Bildnachweis

Titelbild: Foto von Annemarie Oerer, fotoeigenArt.ch pk 102

9. Websites zum Thema Fehlgeburt

www.fpk.ch

Die Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod. Deutschsprachige Website mit vielen Informationen für betroffene Frauen/ Paare und Fachpersonen.

www.miscarriageassociation.org.uk

Englischsprachige Website mit vielen hilfreichen Informationen und Merkblätter zum Download.

www.uk-sands.org

Englischsprachige Website der Stillbirth&neonatal death charity. Herausgeber des Buches Pregnancy loss and the Death of a Baby, a guide for professionals. Informationen für Betroffene.

www.hebamme.ch

Website des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV). Adresslisten von Hebammen welche eine Fehlgeburt begleiten.

www.sternenkindmuetter.de

Deutschsprachige Website eines Buchprojekts über Eltern nach einem Kindsverlust. Das Buch soll eine Art Leitfaden werden um betroffene Eltern fachkompetent zu betreuen.

10. Anhang

10.1. Rituale des Abschieds im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt

Ein Ritual ist eine bewusst vorbereitete und vollzogene Symbolhandlung, die Gefühle und Gedanken ausdrückt (Nijs 2006). Im Kapitel zum Erleben einer Fehlgeburt wurde bereits auf die Notwendigkeit der Rituale des Abschieds hingewiesen. Moser und Hecking (2006) bezeichnen ein Ritual als eine Handlung, die individuell und einmalig ist. Es kann für Aussenstehende auch die einzige Möglichkeit bieten, dem Kind konkret zu begegnen.

Bei einem Ritual dürfen alle Ebenen angesprochen werden: Sinnliches, Gefühle, Körperliches, Spirituelles, intellektuelles Fragen und Denken u.a.m. Die heilende Wirkung von Ritualen, die dem Trauernden eine Rückbezug auf das erlaubt, was ihn nährt, trägt und heilt, ein Rückbezug auf die eigene Lebenskraft (Stillhard 2008).

Findet ein Ritual in der Gemeinschaft statt, kann für das betroffene Paar ein heilsames Gefühl des Getragenseins entstehen. Der Entscheid, ob ein Ritual in einem religiösen Kontext stattfindet liegt bei den Eltern. Immer mehr Theologinnen bieten Rituale des Abschieds bei Fehlgeburten an. Auf Wunsch der Eltern kann das kleine Kindlein auch auf einem Grabfeld für früh verstorbene Kinder beigesetzt werden. Ein Begraben im eigenen Garten dürfte bei Kindern, die in der Frühschwangerschaft verstorben sind, eine mögliche Alternative sein.

Dabei sollten die Bestimmungen zum Schutz des Grundwassers eingehalten werden. Kind nicht > 1 m tief im Boden vergraben. Eine gewisse Tiefe (60 cm) ist jedoch wichtig um zu vermeiden, dass Tiere das Kind wieder ausgraben.

Die Beisetzung eines früh verstorbenen Kindes ist keineswegs eine Erfindung der neueren Zeit. Bereits Anfangs des 20. Jahrhunderts bestattete eine Mutter in einem selbstgezimmertern Sarg ihr im vierten Schwangerschaftsmonat verstorbenes Kind.

10.2. Die Frage nach der Schuld und der Sinnhaftigkeit

Schuldfrage und Selbstvorwürfe

Bei Verlustereignissen tritt irgendwann die Frage nach der Schuld auf. Sie kann von heftigem Zorn, Wut und Anklage begleitet sein. Wann sie auftritt, ist sehr unterschiedlich. Lassen sich keine medizinischen Gründe finden und reagiert das Umfeld mit Unverständnis, kommt es oft dazu, dass die Frau die Schuld bei sich selber sucht. Warum gerade ich? Bin ich schuld am Tod meines Kindes? Schuld kann aber auch auf Nahe- (Partner, Eltern) oder Aussenstehende (Fachpersonen) fokussiert werden.

Treten in der ersten Phase nach dem Schwangerschaftsverlust Wut und Zorn auf, ist dies kein Zeichen der Abwehr von Schuld, sondern mehr eine Reaktion auf die Erfahrung einer narzisstischen Kränkung (Rauchfuss 2000 zitiert Leon 1986).

Die Ambivalenz der Gefühle in der Frühschwangerschaft kann diese Selbstvorwürfe zusätzlich fördern. Manche Paare empfinden den Schwangerschaftsverlust auch als Strafe für Ereignisse in ihrem Leben. Wie im Kapitel zum Erleben und Verarbeiten der Fehlgeburt bereits beschrieben, gehören diese Schuldzuweisungen oftmals zum Trauerprozess. Stehen sie jedoch zu lange im Vordergrund, kann es zur Stagnation im Trauerprozess und im ungünstigsten Fall zu erschweren Verläufen kommen.



Bild

Abb 2.: Mumifizierte Überreste eines Fötus im vierten Schwangerschaftsmonat. Die Mutter hat ihre tote Frühgeburt mit einem Rosenkranz umgeben und in einen selbstgezimmerten kleinen Schrein bestattet. Anfang 20. Jahrhundert. aus Mörgeli C und Wunderlich U (2002) Über dem Grabe geboren

Sinnfrage

Geburt und Tod sind Elemente des ewigen Lebenskreislaufs und durch den Menschen nicht oder nur im geringen Masse beeinflussbar. Eine Fehlgeburt ist ein tragisches, einschneidendes Ereignis, welches trotzdem auch ein Teil der Natur und theologisch gesprochen ein Teil der Schöpfung darstellt. Eine Fehlgeburt kann Betroffene und das Umfeld dazu herausfordern, Schöpfung neu zu verstehen: ein natürliches Kommen und Gehen, Entstehen und Vergehen, Geburt und Tod (Hecking und Moser 2007).

Maris (2007) nennt sie in erster Instanz «Schicksalsmomente». Ob ein Kind geboren wird oder wann jemand stirbt, ist nur bedingt in unserer Hand. In einer Zeit, in der medizinisch immer mehr machbar ist und die Reproduktionsmedizin in Bereiche vordringt, die kaum vorstellbar sind, trifft dieses Schicksalshafte die Betroffenen unter Umständen umso heftiger.

Maris (2007) misst der Frage nach dem «Warum?» grosse Bedeutung im Verarbeitungsprozess des Verlusts bei. Eine eindeutige Antwort zu erhalten, ist meistens schwierig. Die Antwort aus

einer genetischen Untersuchung kann auch nicht abschliessend sein, sondern vielmehr neue Frage hervorbringen, wie beispielsweise welche Folgen daraus für eine Folgeschwangerschaft entstehen. Es kann unter Umständen hilfreich sein, die Frage nach dem Warum nicht vollständig beantworten zu können oder zu wollen. So kann die Frage lebendig, jedoch nicht quälend bleiben. Die Frage nach dem Warum ermöglicht «bewegliche» Antworten, die auch aus einer unerwarteten Richtung kommen können. Manchmal brauchen diese Antworten auch etwas länger, um spürbar zu werden. Diese Chance wird durch vordergründige, rasche Antworten unter Umständen vertan.

Fehlgeburten werden in verschiedenen Kulturen und Religionen sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die Achtsamkeit gegenüber diesem Ereignis nimmt im mitteleuropäischen Kontext zu. In anderen Kulturen sind solche Erfahrungen oft selbstverständlicher, aber teilweise auch mit (frauendiskriminierenden) Wertungen verbunden (Hecking und Moser 2007).

10.3. Praktische Hinweise rund um die Fehlgeburt

Eine Fehlgeburt gilt rechtlich als Krankheit. Die Frau wird nicht als Mutter anerkannt und hat darum keine entsprechenden Leistungen zugute (Maurer und Gassmann 2006). Aus diesem Grund sind die Möglichkeiten der Leistungserstattung sehr eingeschränkt.

Hebammenleistungen: Die Grundversicherung bezahlt die Anwesenheit der Hebamme bei der Fehlgeburt zu Hause. Für das Wochenbett werden keine Leistungen bezahlt. Möchte eine Frau sich durch eine Hebamme begleiten lassen, bezahlt sie dies selber.

Mutterschaftsurlaub: Wenn das Kind lebensfähig geboren wurde oder die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen dauerte, hat die Frau Anrecht auf einen Mutterschaftsurlaub. Kommt es zu einer Fehlgeburt, hat die Frau demnach kein Anrecht auf Urlaub. Mit einem Arztzeugnis kann sie die notwendige Zeit zur Ruhe und Regeneration erhalten.

Rechtsgrundlage: Die Rechtslage in Bezug auf Definition von Geburt und Totgeburt und die Meldepflicht beim frühen Tod eines Kindes ist in der Zivilstandsordnung des Bundes geregelt. Die kantonalen Zivilstandsverordnungen orientieren sich nach den eidgenössischen Verordnungen.

Die Bestattung des Kindes, welches weniger als 500 Gramm wiegt oder keine Lebenszeichen bei der Geburt gezeigt hat, ist strenggenommen nicht möglich. In vielen Gemeinden ist es jedoch möglich, das Kind auf einem speziellen Grabfeld für frühverstorbene Kinder beisetzen zu lassen. Der Kanton Basel-Stadt bietet beispielsweise ein Gemeinschaftsgrab für «Winzlinge» welches die anonyme Bestattung von Kindern nach einer Fehlgeburt ermöglicht. Eine Kremation auf Kosten der Eltern ist im Kanton Solothurn möglich. Da die einzelnen Gemeinden und Kantone dieses Thema verschieden handhaben, muss im Einzelfall die Wohngemeinde für Auskünfte kontaktiert werden.

Eltern brauchen in der Situation eines frühen Schwangerschaftsverlustes eine fachkompetente Anlaufstelle. Neben Hebammen, Ärztinnen, Seelsorgenden und anderen professionellen Berufsgruppen gibt es in der Schweiz die **Fachstelle für Fehlgeburt und perinataler Kindstod (www.fpk.ch)** welche die vorhandenen Angebote vernetzt. Sie bietet den Eltern die Vermittlung von professioneller Hilfe und Fachpersonen Weiterbildungen, Coaching u.a.m.